Nr. 9. 1. marca 1936 Rok XV.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

PRACE ORYGINALNE.

Marjan FRANKE. Lwów.
Witold LIPIŃSKI.

Zmiany elektrokardjograficzne w chorobach zakaźnych.

Z Zakładu Patologji Ogólnej i Doświadczalnej U. J. K., Kierownik: Prof. Dr. Marjan Franke i Oddziału Zakaźnego Państwowego Szpitala Powszechnego we Lwowie, Ordynator: Doc. Dr. Witold Lipiński.

W chorobach zakaźnych jady drobnoustrojów chorobotwórczych uszkadzają niejednokrotnie bardzo wybitnie narząd krążenia. Jedne z nich okazują większe powinowactwo do mięśnia sercowego, inne do naczyń obwodowych. Badania anatomo-patologiczne stworzyły podstawę do zrozumienia zaburzeń, często bardzo ciężkich, wykazując sprawy zwyrodnieniowe lub zapalne, rozwijające się w mięśniu sercowym. Doświadczenia na zwierzętach potwierdziły miejsce uchwytu i zadziałania jadów drobnoustrojowych, wykazując niekiedy brak równoległości między zmianami anatomicznemi, a stanem klinicznym zwierzęcia. Klinicysta niejednokrotnie narażony był na przykre niespodzianki w przebiegu choroby zakaźnej. Mimo pozornie sprawnego stanu krążenia spotykał się niekiedy z nagłą niewydolnością narządu krążenia, na którą nie był przygotowany, a której przeciwdziałać w ostatniej chwili było za późno. Na tem tle powstały dążności do usprawnienia szczegółowej diagnostyki funkcjonalnej narządu krążenia, która miała umożliwić lekarzowi wczesną orjentację w grożącym stanie i wkroczenie w odpowiednim czasie. Niewątpliwe postępy badania fizykalnego przy zastosowaniu badań pomocniczych, jak mierzenie ciśnienia krwi tętniczego i żylnego, Roentgen i t. d., nie chroniły od pomyłki i stawiały niejednokrotnie najsumienniejszego klinicystę, bez jego winy, wobec faktu niespodziewanego nagłego zejścia śmiertelnego. Toteż zrozumiałem jest, że z chwilą gdy elektrokardjografja wykazała pewną wartość przy ocenie sprawności serca, zwrócono się do tego sposobu badania w chorobach zakaźnych, spodziewając się, że metoda ta wykaże zmiany głębsze, toczące się w mięśniu sercowym, a zwłaszcza zaburzenia, które uchylały się przed badaniem dotychczasowem. Liczono się z tem, że w elektrokardjogramie znajdą swój wyraz nietylko ciężkie zmiany anatomo-patologiczne, ale i drobne, toczące się w mięśniu sercowym, a powodujące t. zw. czynnościowe zaburzenia.

W piśmiennictwie światowem znajdujemy dotychczas niezbyt liczne prace, dotyczące systematycznych badań elektrokardjograficznych w chorobach zakaźnych. Prace Lotta, Marwina, Nathansona, Kissa, a zwłaszcza Röhnera, a u nas Wasilkowskiej-Krukowskiej, oparte są na skąpym materjale klinicznym, tak, że zajęcie się sercem przy chorobach zakaźnych w obrazie elektrokardjograficznym wydawało się nam wskazanem wobec znacznego materjału Oddziału Zakaźnego Państwowego Szpitala Powszechnego we Lwowie.

W badaniach naszych posługiwaliśmy się teleelektrokardjografją. Chory pozostawał na Oddziale zakaźnym, prądy czynnościowe serca przesyłano zapomocą specjalnych przewodów do Zakładu Patologji, odległego o około 500 metrów. Pozostawienie chorego na miejscu pozwalało unikać wpływów ubocznych, związanych z przenoszeniem chorego. Do badań elektrokardjograficznych używano aparatu lampowego Elkagraph systemu Hellige.

Część I. Zaburzenie elektrokardjograficzne w błonicy.

Znaczne nasilenie epidemji błonicy, notowane w ostatnim roku, skłoniło nas do zajęcia się przedewszystkiem tą chorobą zakaźną. Wobec znanego powinowactwa jadu błoniczego do mięśnia sercowego należało się spodziewać w elektrokardjogramie znacznych odchyleń od normy, jak to już wynikało z dotychczasowego piśmiennictwa. Pierwszym etapem naszych badań była dążność do ustalenia na większym materjale klinicznym, czy przypuszczalne zmiany w mięśniu sercowym ujawnią się w elektrokardjogramie w tych przypadkach chorobowych, gdzie klinika nie dawała nam odpowiedzi wystarczających.

Badania elektrokardjograficzne wykonane przez nas, obejmują 81 przypadków błonicy w rozmaitych okresach choroby, zarówno wczesnym, jak i w okresie zdrowienia, o przebiegu klinicznie średnio ciężkim. Wszyscy chorzy, za wyjątkiem jednego, który zmarł, opuścili Oddział Zakaźny jako ozdrowieńcy, przeważnie po trzech do czterech tygodniach pobytu na Oddziele.

Klinicznie rozpada się nasz materjał na 75 przypadków błonicy gardła, krtani i nosa, oraz 6 przypadków płonicy, powikłanej błonicą. Badania dotyczyły w przeważającej liczbie dzieci, w wieku od kilkunastu miesięcy do lat 14. Najwcześniejszym dniem choroby, w którym wykonano zdjęcie elektrokardjograficzne był czwarty dzień od zachorowania, najdalszym — 20-ty dzień schorzenia. Surowicę przeciwbłoniczą otrzymali wszyscy chorzy uprzednio, natychmiast po skierowaniu na Oddział Zakaźny. U chorych badanych elektrokardjograficznie występowało jako powikłanie zapalenie płuc i opłucnej, zapalenie nerek, zapalenie ucha środkowego i porażenia pobłonicze. Badanych było również kilka przypadków intubowanych.

Zaburzenia w zakresie narządu krążenia charakteryzowały się klinicznie początkowo znacznem przyspieszeniem czynności serca, które później ulegało wyraźnemu zwolnieniu, niejednokrotnie rozszerzeniem granic serca, głuchemi tonami serca i niedopełnieniem naczyń obwodowych. Ciśnienie tętnicze krwi było przeważnie znacznie obniżone.

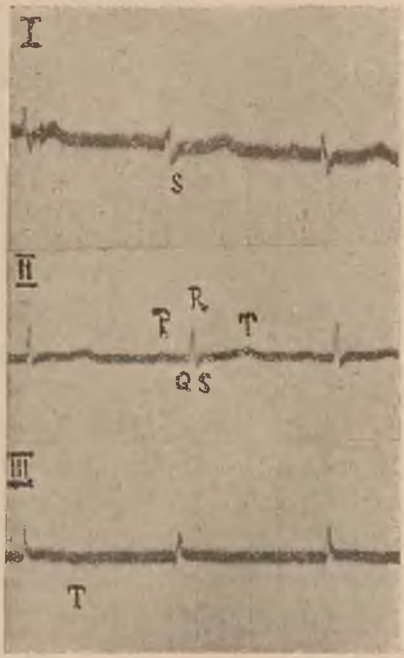
Zdjęcia elektrokardjograficzne wykonywaliśmy stale w położeniu grzbietowem chorego. Stosowaliśmy klasyczne odprowadzenia (I, II, III) i znakowanie według Einthovena (P, Q, R, S, T).

Przystępując do tłómaczenia naszych zdjęć elektrokardjograficznych, musimy na wstępie zaznaczyć, że w pewnej liczbie przypadków odchylenie elektrokardjogramu od normy odpowiadało zmianom w sercu, stwierdzonym poprzednio klinicznie. U niektórych chorych nie można było stwierdzić równoległości między ciężkiemi klinicznemi zmianami w sercu a obrazem elektrokardjograficznym. Na szeregu zdjęć spotykano wreszcie dość znaczne zaburzenia w obrazie elektrokardjograficznym, mimo klinicznie pełnej wydolności serca. Spostrzeżenie to poucza nas, że badania elektrokardjograficznego nie należy przeceniać. Rokowanie, oparte wyłącznie na prawidłowym kształcie elektrokardjogramu, byłoby błędem i mogłoby spowodować poważne rozczarowanie. Krzywe elektrokardjograficzne mogą być zatem rozpatrywane jedynie przy uwzględnieniu całokształtu badania klinicznego, którego wyższość w wielu razach nie podlega żadnej wątpliwości.

Przy szczegółowej analizie krzywych elektrokardjograficznych zatrzymamy się przedewszystkiem nad *zachowaniem się odcinka przedsionkowego* t. j. fali P, czyli fali przedsionkowej, oraz odcinka PQ, t. j. czasu przewodnictwa przedsionkowo-komorowego. Zmiany w tych odcinkach należały w naszych zdjęciach do najstalszych (Ryc. 1). Stwierdzaliśmy niejednokrotnie znaczne obniżenie fali P. Często była ona zaledwie zaznaczona, niejednokrotnie nie stwierdzano jej zupełnie. Dość często była ona ujemna, t. j. poniżej linji izoelektrycznej, zwłaszcza w odprowadzeniu III. (Ryc. 2). Do wyjątków należało rozszczepienie fali P, które widzieliśmy zwłaszcza w odprowadzeniu III. Czas przewodnictwa przedsionkowo-komorowego (PQ), wynoszący normalnie 0,14 do 0,18 sek., w przeważającej liczbie przypadków osiągał dopuszczalną normę maksymalną 0,2 sek. W dość nielicznych przypadkach występowało wyraźne przedłużenie czasu przewodnictwa przedsionkowo-komorowego ponad 0,2 sek. Zmiany te występowały przeważnie przy ciężkim przebiegu błonicy, stwierdzaliśmy je jednak również w przypadkach błonicy o przebiegu klinicznym średnio ciężkim, a co dziwniejsze, nawet u lekko chorych (Ryc. 3).

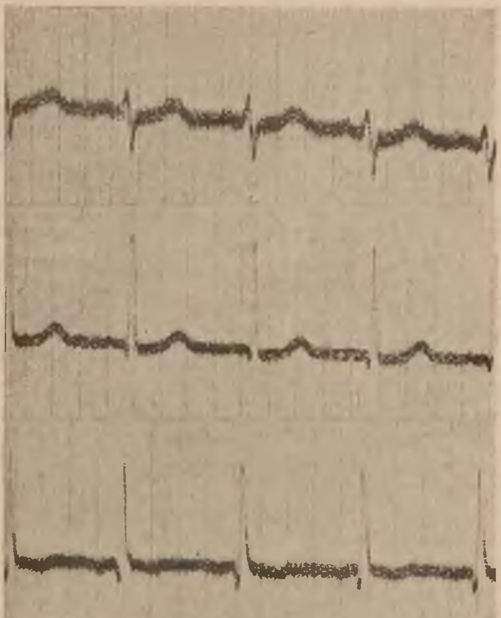
Uderzającem jest na pierwszy rzut oka, że u chorych naszych nie mieliśmy ani razu zupełnego czasowego zniesienia przewodnictwa przedsionkowo-komorowego, mimo że materjał nasz obejmuje 81 przypadków błonicy w rozmaitym okresie choroby. W piśmiennictwie światowem podnosi się bowiem niejednokrotnie występowanie bloku przedsionkowo-komorowego w przebiegu toksycznej błonicy, jako wyraz ciężkich zmian w sercu. Wydaje się nam prawdopodobnem, że brak tych zmian w naszym materjale należałoby tłumaczyć przedewszystkiem wczesnem i energicznem leczeniem surowicą swoistą. Czy miał tu znaczenie rów

nież *genius epidemicus*, podkreślany stale w ostatnich publikacjach, nie możemy rozstrzygać. Blok przedsionkowo-komorowy, jako przemijający, krótkotrwały objaw, mógł wreszcie ujść naszej uwadze, nawet przy badaniu systematycznem. Jako objaw raczej okresu późniejszego mógł wreszcie wystąpić u naszych chorych już po wyjściu z Oddziału Zakaźnego. Wobec stałego przepełnienia Oddziału, musieliśmy bowiem niejednokrotnie zwalniać naszych chorych ze względu na brak miejsca znacznie wcześniej.



Ryc. 1. C. O. (Nr. 11), lat 4. 14 dzień choroby. Bradykardja. PQ przedłużone, P (III) brak, T (III) ujemne.

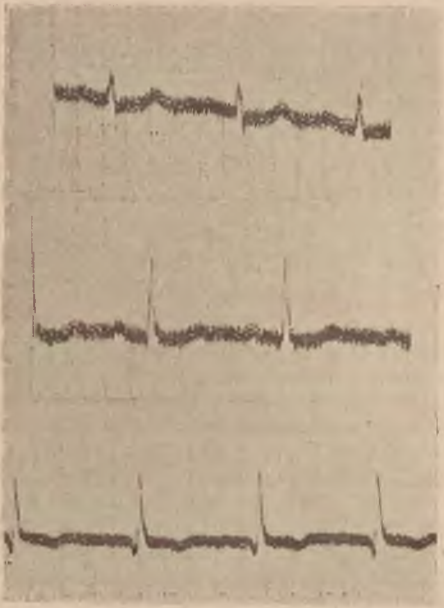
Zespół komorowy ulegał również dość wyraźnym zaburzeniom. Zaburzenia te były albo odosobnione, albo też występowały równocześnie ze zniekształceniem załamka przedsionkowego. Główne zmiany dotyczyły wzniesienia QRS. W wielu przypadkach R,



Ryc. 2. G. K. (Nr. 34), lat 6. 10 dzień choroby. Przewaga prawej komory. P niskie. P (III) ujemne. PQ norma. R (I) bardzo niskie. T (III) ujemne.

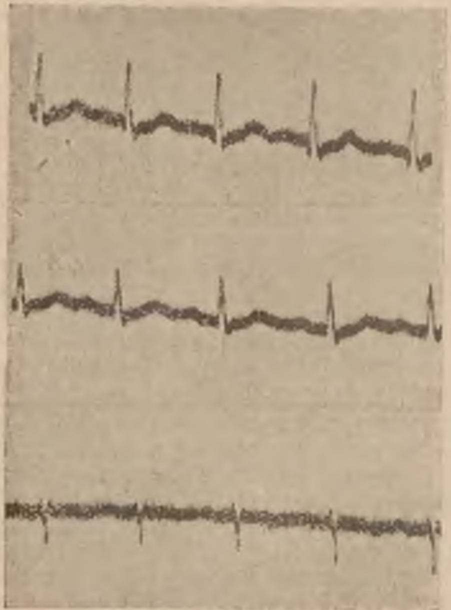
w odprowadzeniu I i II zaznaczało się uderzająco niskim woltażem, poniżej 5 mm. Najwybitniejsze zmiany spotykano w odprowadzeniu III, niejednokrotnie przy zupełnym braku objawów klinicznych ze strony serca (Ryc. 4). Obok niskiego woltażu ramię wstępujące lub zstępujące wychylenia zasadniczego było czasami zgrubiałe lub zazębione. QRS wynoszące normalnie 0,06 sek. przekraczało normę, dochodząc do 0,08 sek.

Tak zwaną przewagę komór spotykamy w naszym materjale względnie często, bo prawie u 1/3 badanych chorych. Czy spotykana przez nas przewaga prawej lub lewej komory jest zawsze wyrazem istotnych zaburzeń odpowiedniego odcinka serca, czy też może pozostaje w związku z ułożeniem serca, nie chcemy stanowczo rozstrzygać. (Ryc. 5).



Ryc. 3. Ż. O. (Nr. 155), lat 12. 16 dzień choroby. Przewaga prawej komory zaznaczona. PQ przedłużone. T (III) ujemne.

Zmiany odcinka ST nie należały do częstych. Wyjątkowo stwierdzano łukowaty kształt ST w drugiem lub trzeciem odprowadzeniu. Do zmian najwybitniejszych należały natomiast odchylenia od normy w zakresie fali T. Obniżenie fali T, falę T na poziomie izoelektrycznym, wreszcie T ujemne spotykano stale w przypadkach klinicznie ciężkich. W przypadkach średnio ciężkich odchylenia od normy w zakresie fali T spostrzegano w około 30% przypadków (Ryc. 6).

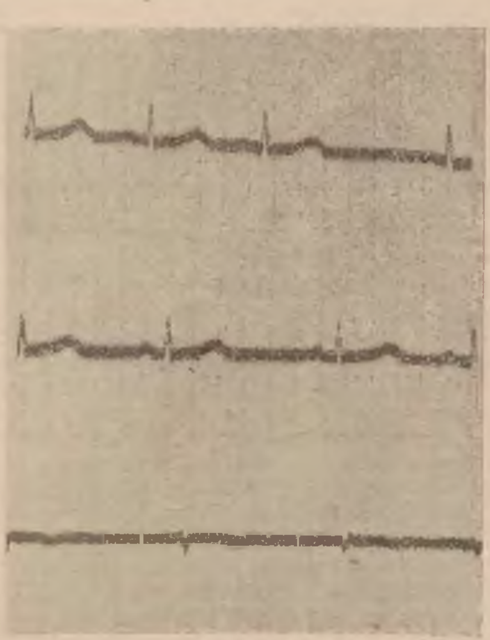


Ryc. 4. Z. Z. (Nr. 94), lat 5. 53 dzień choroby. Tachykardja. Przewaga lewej komory. P (III) prawie brak. PQ przedłużone. R (III) bardzo niskie. S (III) bardzo głębokie. T (III) ujemne.

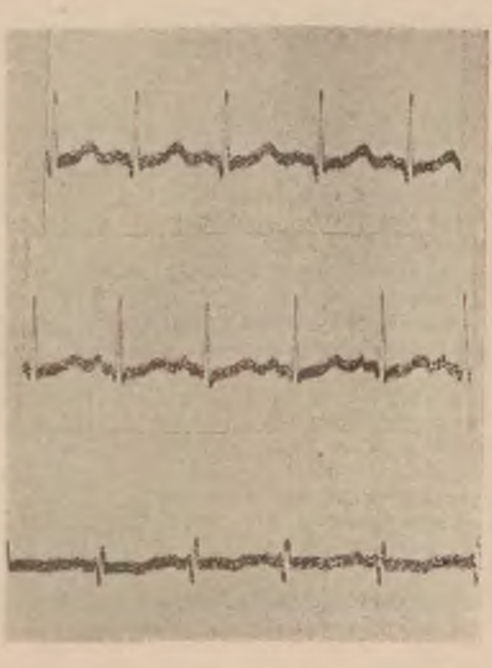
W okresie wczesnym błonicy akcja serca ulegała przyśpieszeniu; w miarę ustępowania objawów chorobowych tętno ulegało zwolnieniu, dochodząc do 50 na minutę.

Zaburzenia rytmu serca nieokreślonego typu stwierdzaliśmy u naszych chorych błoniczych dość często. Ponieważ na zdjęciach EKG załamki P utrzymywane są w odległości stałej, należałoby ich źródła szukać poza sercem, w układzie nerwowym.

Na osobne omówienie zasługuje jedyny przypadek śmiertelny. Dotyczy on chorej T. G., lat 8, skierowanej na Oddział Zakaźny ósmego dnia choroby z zaniedbaną błonicą gardła. Surowicę przeciwbłoniczą u nas otrzymała chora zatem bardzo późno, bo w ósmym dniu zachorowania. Zdjęcia EKG wykonano u tej chorej dwukrotnie: raz na 24 godzin przed zejściem śmiertelnem, po raz drugi 5 minut przed śmiercią. Klinicznie stan chorej był beznadziejny. Badanie fizykalne stwierdzało znaczne rozszerzenie granic serca, przyczem tony serca były głuche, ledwo słyszalne. Na tętnicy sprychowej tętno było niewyczuwalne. Na zdjęciach elektrokardjograficznych uderza przedewszystkiem zupełny brak fali przedsionkowej P we wszystkich odprowadzeniach. R w odprowadzeniu I, a zwłaszcza II i III cechuje uderzająco niski woltaż, poniżej 5 mm. ST zwłaszcza w II i III odprowadzeniu znajduje się poniżej linji izoelektrycznej. Zupełny brak fali T we wszystkich odprowadzeniach. Obraz krzywej EKG odpowiada sercu zamierającemu i wykazuje ciężkie zmiany zarówno w przedsionkach jak i w komorach (Ryc. 7). Wyraźne drżenie krzywej, spostrzegane 24 godz. przed śmiercią, staje się jeszcze wybitniejsze tuż przed zejściem (Ryc. 8).



Ryc. 5. K. Z. (Nr. 139), lat 4,5. 9 dzień choroby. Arytmja. Przewaga lewej komory. P (III) brak. PQ norma. T (III) ujemne.



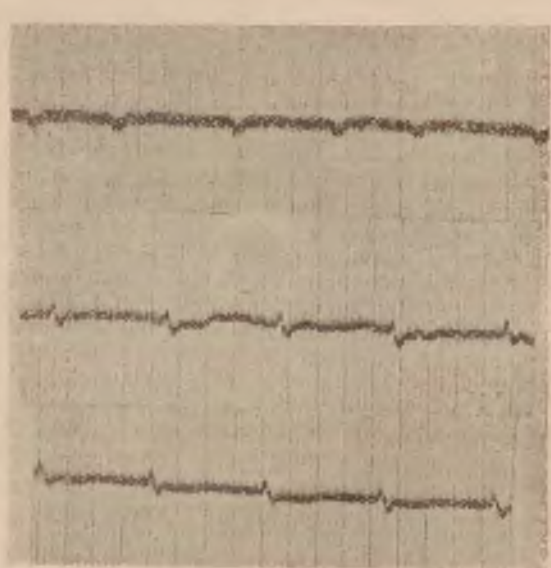
Ryc. 6. S. N. (Nr. 118), lat 2. 10 dzień choroby. Tachykardja. PQ norma. R (III) bardzo niskie, rozszczepione. T (III) ujemne.

Wybitne odchylenie od normy spostrzegaliśmy w przypadkach płonicy, wikłanej błonicą. Brak fali przedsionkowej P lub falę P ujemną spotykamy u wszystkich chorych płoniczych z błonicą. Niski woltaż R, zgrubienie ramion wychylenia zasadniczego, z równoczesnem rozszczepieniem, brak fali T. lub T ujemne widzimy stale na zdjęciach elektrokardjograficznych. Czas przewodnictwa przedsionkowo-komorowego osiąga najwyższą dopuszczalną normę. Dwukrotnie zaznacza się wyraźna przewaga lewej komory.



Ryc. 7. T. G. (Nr. 8), lat 8. 8 dzień choroby. 24 godzin przed śmiercią. P brak. R (I) brak. R (II), (III) bardzo niskie. S (I) głębokie. ST (II) poniżej izoelektrycznej. T brak. Drżenie krzywej czasowe.

Podobnie jak w innych zespołach chorobowych analiza krzywych elektrokardjograficznych odda nam wielkie usługi przy ocenie niemiarowości serca. Prawidłowy kształt zespołów elektrokardjograficznych przy zmianie w częstości i miarowości serca u naszych chorych błoniczych, wskazuje niezbicie na *niemiarowość zatokową*, której przyczyna leży w obrębie węzła zatokowego. Pewien procent *niemiarowości oddechowej*, cechującej się przyspieszeniem czynności serca przy wdechu, a zwolnieniem przy wydechu, stwierdzanej u naszych chorych jest wyrazem serca pobudliwego.



Ryc. 8. T. G. (Nr. 8), lat 8. 9 dzień choroby. 5 minut przed śmiercią. Wzniesienia ledwo zaznaczone. Arytmja. R prawie brak. ST (II), (III) poniżej izoelektrycznej. T i P brak, czasem drżenie krzywej w (II).

Skurcze dodatkowe, czyto przedsionkowe, czy komorowe, lub przedsionkowo-komorowe, opisywane w błonicy, nie ujawniają się na naszych zdjęciach. Albo mają one charakter przemijający, krótkotrwały i z tego powodu nie dały się uchwycić w naszym materjale, albo też występują w okresie błonicy późniejszej.

Częstoskurcze, charakteryzujące się przemijającem lub trwałem przyśpieszeniem czynności serca, spostrzegaliśmy w klinice błonicy, jak wspomniano, we wczesnym okresie choroby. Tłumaczenie krzywych elektrokardjograficznych wykazuje, że w naszym materjale mają one charakter *częstoskurczów zatokowych*, czyli *normotopowych*. Zadziałanie jadu błoniczego na węzeł zatokowy powodowało jedynie przyśpieszenie akcji serca, przyczem fala przedsionkowa oraz zespół komorowy nie odbiegają od normy. Zniknięcie fali P przy przyspieszonej akcji serca u niektórych naszych chorych wskazywałoby na *częstoskurcze pozazatokowe przedsionkowo-komorowe*. Rytm nietypowy jest miarowy, nadmiernie szybki. Ośrodka podnietotwórczego należałoby w tych przypadkach szukać poza miejscem prawidłowem, poniżej węzła Keith-Flacka.

Bradykardja, występująca u naszych chorych błoniczych w okresie zdrowienia, ma charakter *bradykardji zatokowej*. Zwolnienie rytmu zatokowego bez zaburzeń w przewodnictwie przedsionkowo-komorowem doprowadza u naszych chorych do 50 skurczów na minutę.

Zaburzenie przewodnictwa przedsionkowo-komorowego w stopniu najłagodniejszym, charakteryzujące się wydłużaniem czasu przewodnictwa przedsionkowo-komorowego, t. j. odcinka PQ lub PR ponad 0,2 sek. spotykamy u naszych chorych przy ciężkim przebiegu klinicznym. Nie spotkaliśmy się natomiast z zupełnem rozkojarzeniem przedsionkowo-komorowem, opisywanem przez innych badaczy przy błonicy toksycznej.

Należy podnieść, że w kilku przypadkach spotkaliśmy się z zaznaczonym rytmem węzłowym nieczystym Mackenziego, gdzie na krzywych elektrokardjograficznych fala przedsionkowa P występowała niekiedy naprzemian jako dodatnia lub ujemna.

Po omówieniu odchyleń od normy w zdjęciach elektrokardjograficznych u naszych chorych błoniczych, zastanowimy się pokrótce, czy zastosowanie elektrokardjografji przy badaniu serca błoniczego pozwoliło nam poznać głębiej mechanizm zadziałania jadu błoniczego. Powinowactwo jadu błoniczego do mięśnia sercowego znane było oddawna. Przemawiało za tem codzienne spostrzeżenie kliniczne. Zaburzenia ze strony narządu krążenia notowano bowiem bardzo często w klinice błonicy. Badanie sekcyjne stwierdzało również wybitne zmiany w mięśniu sercowym. Powinowactwo jadu błoniczego do mięśnia sercowego znajduje pełne potwierdzenie na podstawie naszych badań elektrokardjograficznych. Interpretacja krzywych EKG naszych chorych wskazuje na poważne zmiany zarówno w przedsionkach jak i komorach. Nieobojętną jest rzeczą, że wyraźne odchylenie od normy elektrokardjograficznej spotykano niejednokrotnie u chorych, określanych klinicznie jako przypadki lekkie. Elektrokardjografja posiada w tych razach pierwszorzędne znaczenie rokownicze. W tych przypadkach rokowanie powinno być conajmniej ostrożne, a nagłe zejście śmiertelne, mimo pozornie wydolnego narządu krążenia, znajdzie wytłumaczenie w odchyleniu od normy elektrokardjogramu.

Piśmiennictwo:

Lott M.: Archiv of intern. med. T. XXXI. 1928. — Marvin: Amer. Journ. of Inf. diseases 1920. — Nathanson: Archiv of intern. med. 42, 1928. — Rohner: Münch. Med. Woch. 1911. — Smith: J. of amer. med. ass. Tom 77, 1921. — Stecher: Journ. of amer. med. assoc. T. 4. 1929. — Kiss: Archiv f. Kinderh. Bd. 60, 1934. — Wasilkowska-Krukowska: P. G. L. 1935.

Józef KIRSCHNER. Kraków.

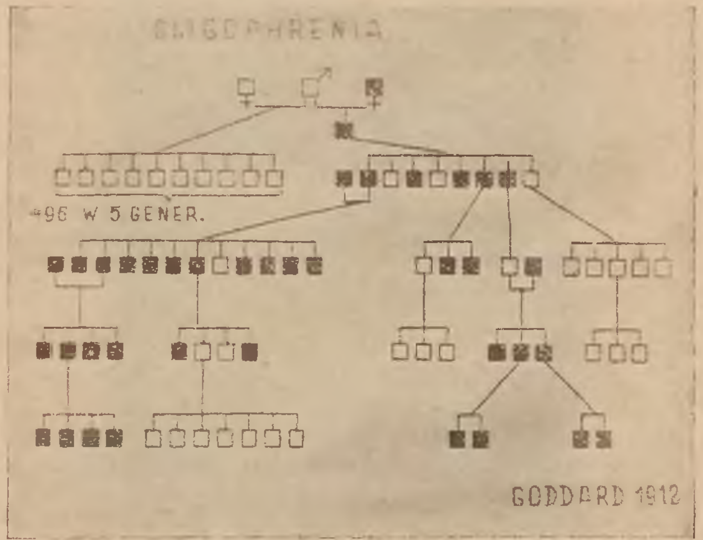
Wyniki badań dotyczących dziedziczności niektórych chorób umysłowych [1].

Z Kliniki Neurologiczno-Psychjatrycznej U. J. w Krakowie.
Dyrektor: Prof. Dr. Stefan K. Pieńkowski [2].

Nauka o dziedziczności cech normalnych i patologicznych człowieka ma na celu, jak każda nauka o dziedziczności, zbadanie, które z tych cech i w jakim stopniu są wypływem wrodzonych i od przodków przejętych skłonności rozwojowych oraz dyspozycyj reagowania tak, a nie inaczej, a które zależą głównie od działania wpływów otoczenia, oraz jaki jest wzajemny stosunek obu tych czynników; następnie: jak trzeba wyobrazić sobie budowę substancji, przenoszącej cechy dziedziczne oraz jej los przy tworzeniu się komórek płciowych i przy zapładnianiu, by móc wytłumaczyć olbrzymią różnorodność dziedzicznie uwarunkowanych zjawisk biologicznych; dalej: jak często i w jakich warunkach (czyli według jakich „praw") występuje jakaś właściwość dziedziczna w biegu pokoleń i t. d. Większość naszych wiadomości o dziedziczności zawdzięczamy obserwacjom i doświadczeniom dokonanym w świecie zwierzęcym i roślinnym; o ile jednak wyniki tych badań dają zastosować się do stosunków u człowieka oraz do jakich jego właściwości, to trzeba dopiero ustalać przez bardzo żmudne badania, utrudnione przez większą zawiłość struktury wielu ludzkich cech, małą stosunkowo liczbę członków poszczególnych rodzin, a przedewszystkiem niemożność eksperymentowania. W moim referacie jednak nie będę zajmował się wszystkiemi zagadnieniami, nad rozwiązaniem których mozoli się obecnie nauka o dziedziczności; nie będę nawet omawiał badań, dotyczących sposobu i dróg dziedziczenia się poszczególnych dziedzicznych spraw chorobowych, przypuszczalnej ich budowy genotypowej, różnych czynników, przyspieszających lub hamujących ich ujawnianie się i t. d. Chciałbym natomiast podać przedewszystkiem wyniki tych badań, które, mojem zdaniem, w pierwszej mierze powinny wchodzić w rachubę przy zastanawianiu się nad zajęciem stanowiska w stosunku do projektu ustawy eugenicznej, ogłoszonego przez Polskie T-wo Eugeniczne, w szczególności zaś w stosunku do najważniejszego działu tego projektu, dotyczącego wyjaławiania ludzi, cierpiących na pewne ciężkie, dziedziczne choroby.

Otóż, jeśli idzie o *społeczne znaczenie owych chorób*, to chyba nikt nie zaprzeczy, że najważniejszem zagadnieniem będzie tu stwierdzenie, w jakiej mierze ludzie chorzy na te choroby stanowią niebezpieczeństwo dla swoich potomków przez groźbę przeniesienia na nich swego schorzenia. Zanim jednak przystąpimy do rozważania tego najważniejszego zagadnienia, musimy wcześniej przekonać się, czy badane przez nas zjawiska patologiczne są wogóle sprawami, występującemi dziedzicznie, oraz jakie jest ich rozpowszechnienie wśród ogółu ludności. Wybiorę dla przykładu 4 sprawy chorobowe z zakresu psychjatrji, by wykazać o co w tej ustawie chodzi i jakie trudności mogą nasuwać się przy jej przypuszczalnem stosowaniu. Zajmę się dziedziczeniem głuptactwa, padaczki, psychozy manjakalno-depresywnej oraz schizofrenji.

Już szereg ogłoszonych dotychczas *tablic genealogicznych* rodzin, obarczonych omawianemi przeze mnie schorzeniami, wskazuje na to, że schorzenia te mogą się dziedziczyć. Szczególnie instruktywną wydaje mi się tablica genealogiczna, ogłoszona w r. 1912 przez Amerykanina Goddard'a dotyczaca po-



tomków pewnego osobnika, nazwanego przez autora *Kallikak;* otóż osobnik ten miał ze swą normalną pod względem umysłowym żoną 10 zdrowych dzieci, a przez nich w 5 pokoleniach 496 potomków, z których 1 tylko był chory umysłowo; ten sam osobnik pozostawił z nieślubnego związku z niedorozwiniętą umysłowo kobietą 1 syna, wykazującego, jak i jego matka, wyraźne cechy głuptactwa; z tej linji pochodziło w 5 pokoleniach 480 osobników, spośród nich zaś większość była oligofrenami (porównaj wycinek z tablicy genealogicznej Goddard'a); do tak licznego występowania niedorozwiniętych przyczyniają się w tym

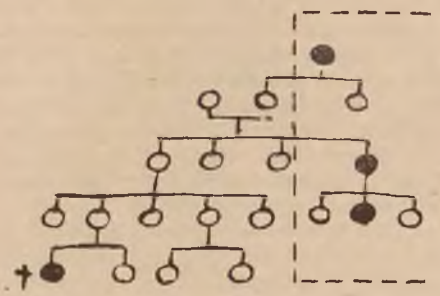
---

[1]) Według referatu wygłoszonego w Towarzystwie Lekarskiem w Krakowie w dniu 11 grudnia 1935.

[2]) Mimo że wnioski końcowe tej pracy nie reprezentują poglądów przyjętych przez Klinikę Neurologiczno-Psychjatryczną U. J., praca ta drukuje się jako kliniczna, gdyż zagadnienie sterylizacji wymaga wszechstronnego oświetlenia z różnych punktów widzenia. (Przyp. dyrektora Kliniki Neurologiczno-Psychjatrycznej U. J. w Krakowie).

wypadku, jak to zresztą zwykle u tych ludzi bywa, częste, z łatwo zrozumiałych psychologicznych i społecznych względów, małżeństwa oligofrenów między sobą. Tego rodzaju tablice genealogiczne, rozciągające się na szereg pokoleń tej samej rodziny, mogą nam dać pewien pogląd na to, czy badana sprawa jest dziedziczną i w jaki sposób się przenosi. Ujemną stroną tej metody jest trudność stosowania jej, w szczególności trudność, a bardzo często niemożność uzyskania dość pewnych wywiadów o przodkach badanych osób, przeważnie zbyt mała liczba objętych przez tablicę genealogiczną osób, by z niej można było jakieś wnioski wyciągnąć, nierówna liczebność poszczególnych pokoleń i t. d. Wszystko to może doprowadzić do fałszywych wniosków.

Tak np. jeśli przyjmiemy, że co do przytoczonej poniżej rodziny nie mogliśmy się niczego dowiedzieć o zakreślonych kropkowaną linją jej członkach lub np. że oni wcale się nie urodzili, to łatwo możemy mylnie przyjąć, że sprawa chorobowa u oznaczonego krzyżykiem osobnika nie jest dziedziczną lub że powstała spontanicznie drogą mutacji lub t. p.



Pozatem ogłoszone dotychczas tablice genealogiczne o tyle jeszcze niebardzo nadają się do rozważań nad społecznem znaczeniem chorób dziedzicznych, że dotyczą one szczególnie wybranych rodzin, w których badane schorzenie występowało niewątpliwie dziedzicznie, a nie obejmują rodzin, w których to samo schorzenie pojawiło się raz tylko, tak, że na podstawie tych tablic nie możemy sobie wyrobić zdania, czy badane zjawisko występuje stale w sposób dziedziczny, czy też tylko w rodzinach, ujętych w owe tablice genealogiczne.

Dokładniejszą odpowiedź na to pytanie mogą nam dać *badania nad bliźniętami*. Wychodzą one z ogólnie dzisiaj przyjętego poglądu, że tak uderzające u bliźniąt jednojajowych podobieństwa są wynikiem zupełnie analogicznych u obu bliźniąt dziedzicznych zawiązków, podczas gdy różnice powstają pod wpływem działania czynników niedziedzicznych. Stąd wniosek, że sprawy chorobowe, które występują bardzo często u obu partnerów bliźniąt jednojajowych, jeśli zaś chodzi o bliźnięta dwujajowe, to przeważnie tylko u jednego partnera, polegają z wielkiem prawdopodobieństwem na genotypowej dyspozycji. Przyjrzyjmy się teraz, jakie wyniki dały badania te co do spraw chorobowych, które tu omawiam. Wybieram tylko publikacje, dokonane na większym materjale i unikające błędów jednostronnego wyboru par bliźniąt według zgodności badanej u nich sprawy chorobowej.

Zacznijmy od *padaczki*. Luxemburger ogłosił w r. 1930 następującą statystykę bliźniąt, z których jeden conajmniej partner cierpiał na padaczkę:

1-jajowe			2-jajowe		
konkord.	dyskord.	razem	konkord.	dyskord.	razem
6	4	10	0	7	7

Statystyka Conrad'a z roku 1935 obejmuje już 157 par bliźniąt i przedstawia się tak:

	razem	konkord.	dyskord.
2-jajowe	127	4 (3,15%)	123 (96,8%)
1-jajowe	30	20 (66,6%)	10 (33,3%)

Ta wielka różnica między dużą liczbą konkordujących par bliźniąt jednojajowych, a małą liczbą konkordujących par bliźniąt dwujajowych wskazuje wyraźnie na genotypowe podłoże większości przypadków padaczki, tem bardziej, że w tabeli powyższej zawarte są epilepsje bez wyboru, a więc zarówno idjopatyczne jak i symptomatyczne. Jeśli oddzielimy formy napewno nabyte od form o niedającej się stwierdzić etjologji egzogenicznej, to procent zgodności wśród bliźniąt jednojajowych cierpiących na epilepsję wrodzoną powinien jeszcze wzróść. I tak jest rzeczywiście:

		konkord.	dyskord.
2-jajowe	symptom.	0	34 (100%)
	idiopat.	4 (4,3%)	**89 (95,7%)**
1-jajowe	symptom.	1 (12,5%)	7 (87,5%)
	idiopat.	**19 (86,3%)**	3 (13,7%)

Zatrzymajmy więc w pamięci, że oprócz padaczki wywołanej czynnikami zewnątrzpochodnemi istnieje duża grupa padaczek dziedzicznych.

Przejdźmy teraz do *psychozy manjakalno-depresywnej*. Tutaj najpoważniejsze badania przeprowadził Luxemburger, a wynik tych badań przedstawia się cyfrowo w ten sposób:

	konkord.	dyskord.
2-jajowe bliźn.	0	**100%**
1-jajowe bliźn.	64,3%	35,7%

Badania te potwierdzają dawno zresztą już przyjęte mniemanie o dziedzicznej naturze tego obłędu. Zastanawiający zaś fakt dość jednak znacznej dyskordancji wśród bliźniąt jednojajowych tłumaczy autor wahaniem tendencji do objawiania się cech dziedzicznych oraz jeszcze niedostatecznie nam znanemi czynnikami paratypowemi (cz. niedziedzicznemi), jużto ułatwiającemi występowanie, jużto hamującemi ujawnianie się, jużto wpływającemi na kształtowanie się dziedzicznie uwarunkowanych właściwości.

A jak wyglądają wyniki badań nad bliźniętami *oligofrenicznemi?* Z poważniejszych prac przytoczę statystykę Luxemburgera z roku 1930 oraz wynik badań Smitha w Danji.

	konkord.	dyskord.	razem
2-jajowe bliźn.	0	5	5
1-jajowe bliźn.	11	1	12

Luxemburger.

	konkord.	dyskord.	razem
2-jajowe bliźn.	4 (8%)	46 (92%)	50
1-jajowe bliźn.	14 (87,5%)	2 (12,5%)	16

Smith.

Również i z tych statystyk wynika, że conajmniej duża grupa między ludźmi niedorozwiniętymi umysłowo zawdzięcza swe istnienie odziedziczeniu głuptactwa po przodkach. Ale nawet tam, gdzie jakaś przyczyna zewnątrzpochodna (zapalenie mózgu, uraz porodowy i t. p.) stanowiła niewątpliwą przyczynę niedorozwoju, stwierdzono często znacznie większe, niż przeciętnie, obciążenie dziedziczne różnemi formami oligofrenji, które to obciążenie było może w tych wypadkach czynnikiem dysponującym pod wpływem bodźca chorobotwórczego.

Największą statystykę, dotyczącą *schizofrenicznych* bliźniąt, ogłosił znowu Luxemburger:

	konkord.	dyskord.	razem
2-jajowe bliźn.	3 (6%)	47 (94%)	50
1-jajowe bliźn.	52 (82,6%)	11 (17,4%)	63

I znowu widzimy stosunkowo 12 razy większą ilość par zgodnych wśród jednojajowych bliźniąt, niż wśród dwujajowych, co też wskazuje na to, że wśród schorzeń, które zaliczamy do schizofrenji, bardzo duża część jest natury genotypowej.

Zestawiam tu jeszcze raz w procentach przytoczone powyżej wyniki badań nad bliźniętami; proszę jeszcze raz porównać wysoki procent konkordancji u jedno-, oraz wysoki odsetek dyskordancji u dwujajowych bliźniąt, które to odsetki świadczą wymownie o dziedziczeniu się omawianych tu przeze mnie spraw chorobowych:

	konkord.		dyskord.	
	1-jaj. bl.	2-jaj. bl.	1-jaj. bl.	2-jaj. bl.
epi.	**66,6**	3,15	33,3	**96,8**
ps. man.-depr.	**64,3**	0	35,7	**100**
oligofren.	**87,5**	8	12,5	**92**
schizofren.	**82,6**	6	17,4	**94**

W ten sposób przedstawiałyby się dowody na to, że duża część spraw chorobowych, które tu dla przykładu omawiam, jest natury genotypowej.

Jednak zarówno tablice genealogiczne, jak i badania nad bliźniętami nie dają nam poglądu ani na *częstość występowania dziedzicznych schorzeń* wśród ogółu ludności, ani na częstość ich pojawiania się u potomków ludzi chorych. Następująca tablica,

ułożona według obliczeń różnych autorów (przytaczam gdzieniegdzie najniższą i najwyższą podawaną liczbę), pouczy nas o tych stosunkach:

	w procentach			
	U rodzeństwa chorych	U dzieci jeśli 1 z rodziców chory	U dzieci jeśli oboje rodzice chorzy	Wśród ogółu ludności
epilepsja	3	**10**	0	0,18—0.48
ps. man.-depr.	13.5	**32,3**	90	0,18—0,45
oligofrenja	17,8 [1]) 41,26 [2]) 93,15 [3])	**28,5—50**	61,5—90	1—2
schizofrenja	7,5	**9**	53	0,85—1,4

[1]) Jeśli oboje rodzice normalni.
[2]) Jeśli jeden z rodziców niedorozwinięty.
[3]) Jeśli oboje z rodziców niedorozw. (wg. Brugger'a).

W ostatniej rubryce tej tablicy uderza nas duży odsetek niedorozwiniętych umysłowo i schizofrenów. Według tej statystyki, uzyskanej przez badania przeprowadzone na ludności niemieckiej, wypadałoby na państwo niemieckie 600.000 do 1,200.000 oligofrenów. Obliczenia dokonane w niektórych innych krajach Europy i Ameryki natrafiły również na podobne odsetki. Tak np. Roubinowitsch naliczył w r. 1927 we Francji wśród uczniów szkolnych 1,58% ograniczonych umysłowo. Podczas spisu ludności w Anglji w r. 1926 zarejestrowano 340.000 głuptaków, co wynosi 0,8% całej ludności i t. d. Dla naszych rozważań najważniejszy jednak jest stosunek ilości omawianych tu schorzeń wśród ogółu ludności do prawdopodobieństwa zachorowania, grożącego bezpośrednio dzieciom ludzi chorych. Otóż ze statystyki tej wynika, że dzieci epileptyka zagrożone są padaczką około 20—50 razy więcej, niż dziecko pochodzące od przeciętnych rodziców, że psychoza manjakalno-depresywna występuje aż 65—165 (!) razy częściej u dzieci człowieka chorego na ten obłęd, że dziecko niedorozwinięte umysłowo pojawia się 25—50 razy częściej w rodzinach, w których 1 tylko rodzic należał do grupy oligofrenów, a schizofrenja dotyczy również 6—10 razy tylu najbliższych potomków schizofrenów niż ludzi przeciętnych. Jeśli zaś zdarzy się, że oboje rodzice cierpią na tę samą chorobę dziedziczną, to procent osobników chorych wśród ich dzieci jest, jak to z tablicy wynika, jeszcze kilkakrotnie większy. Uwzględnijmy jeszcze, że ludzie chorzy, a więc tacy, których choroba dziedzicząca się, jak to w większości wypadków bywa, w sposób polimeryczno-recesywny, ujawniła się na skutek homocygotycznej konstelacji genów, przenoszą również na swe fenotypowo zdrowe potomstwo niewystępujące najaw lub częściowo tylko (np. w postaci pewnych psychopatyj) ujawniające się zawiązki choroby, a zrozumiemy chyba, jakie znaczenie ludzie ci posiadają dla zdrowotności swych rodzin, no i całego społeczeństwa.

Główne zadanie higieny polega na zapobieganiu chorobom. Narazie nie potrafimy ani skutecznie leczyć wymienionych w projekcie ustawy dziedzicznych ciężkich spraw chorobowych ani też zapobiec ich rozwijaniu się. Przy obecnym stanie wiedzy najskuteczniejszym zabiegiem profilaktycznym może być zapobieganie wydawania na świat potomków przez osobniki chore.

Lecz nawet, gdyby istniały sposoby *leczenia* tych chorób, zwłaszcza psychoz, i gdyby były chociażby nawet w tym stopniu skuteczne, co np. malarja w leczeniu porażenia postępującego, to czyżby to zwalniało nas od wysiłków, by te zjawiska chorobowe, będące nieszczęściem dla dotkniętych niemi i ich rodzin oraz ciężarem dla społeczeństwa, nietylko leczyć, ale też zapobiec ich powstawaniu? Czy możność leczenia kiły II-rzędnej oraz, do pewnego stopnia, porażenia postępującego zwalnia nas od zwalczania chorób wenerycznych? Czy możemy powiedzieć, że padaczka jest sprawą błahą, gdyż potrafimy pewnemi środkami ograniczyć liczbę napadów drgawkowych? Zresztą żadnych sposobów leczenia ani zapobiegania w medycynie nie można uznać za ostateczne; w miarę wynajdywania lepszych środków zarzuca się stare; jeśli rzeczywiście kiedyś można będzie objawy ciężkich chorób i anomalij dziedzicznych usunąć lub zmienić je do znośnego dla chorego i otoczenia stopnia, wówczas może okaże się niepotrzebnem zapobieganie rozmnażaniu się chorych dziedzicznie. Narazie perspektywa ta jest wysoce niepewna, a właśnie obecne nasze „leczenie" w szczególnej mierze przyczynia się do powiększania liczby patologicznych osobników. Dawniej np. podniecony chory umysłowo ginął łatwo wskutek nienależytej opieki; dzisiaj dostaje się on do zakładu, gdzie otrzymuje lepsze warunki mieszkaniowe i lepsze odżywienie, niż w dzisiejszych czasach zdobyć mogą setki tysięcy zdrowych ludzi; chory taki pozostaje w tym zakładzie aż do czasu uspokojenia się, poczem wraca do rodziny i płodzi dalej dzieci, przenosząc na nich lub przez nich na dalsze pokolenia zawiązki patologiczne. Jest to typowy przykład ujemnego wpływu dodatnich z punktu widzenia humanitarnego urządzeń cywilizacyjnych na *dobór* naturalny, który wobec tego trzeba zastąpić, gdzie tego wymaga dobro ogółu, przez dobór świadomie kierowany (w tym wypadku zapobieganie rozmnażaniu się) [3]).

Mnie się zdaje, że najważniejszem zagadnieniem, od którego powinno zależeć nasze ustosunkowanie się do proponowanej ustawy eugenicznej, jest pytanie, czy wystarczy, dla wydatnego zmniejszenia liczby schorzeń dziedzicznych, udaremnić płodzenie dzieci wyłącznie u ludzi fenotypowo chorych. Wiemy zarówno ze spostrzeżeń nad dziedzicznością u roślin i zwierząt, jak i z doświadczenia klinicznego, że połączenie się 2 analogicznie *heterocygotycznych* osobników może spowodować ujawnienie się u pewnej części ich potomków owej cechy, pozostającej u nich samych w ukryciu. Heterocygotów jednak o recesywnych właściwościach nie potrafimy narazie dokładnie odróżnić od ludzi również i genotypowo zdrowych; nasze zabiegi eugeniczno-profilaktyczne natomiast mogą dotyczyć tylko tych osobników, co do których mamy pewność, że przenoszą na swe dzieci chorobotwórcze geny, a więc tylko chorych. Z drugiej strony przy rozważaniu problemu heterocygotów trzeba jeszcze wziąć pod uwagę: 1) heterocygoci są potomkami jawnie chorych homocygotów; 2) homocygoci, a więc chorzy, posiadają ilość genów, warunkujących wystąpienie chorób dziedzicznych, dwa lub, przy polimerycznem dziedziczeniu, kilkakrotnie razy większą, niż fenotypowo zdrowi heterocygoci. Nikt oczywiście nie łudzi się, że będziemy kiedykolwiek w stanie usunąć ze świata wszystkie dziedziczne zjawiska patologiczne; chodzi natomiast o ich wydatne zmniejszenie. Jeśli zaś nie możemy wyłączyć z procesu rozmnażania się wszystkich osobników, przekazujących dalszym pokoleniom niepożądane zawiązki, to czyż dlatego mamy zrezygnować z ubezpłodnienia tych ludzi, o których napewno wiemy, że stanowią niebezpieczeństwo dla swych potomków, tem bardziej, że niebezpieczeństwo z ich strony jest znacznie większe, niż ze strony zdrowych heterocygotów? Nasuwa się tu analogja z chorobami zaraźliwemi; czyż nie będziemy izolowali chorych dlatego, że istnieją również zdrowi nosiciele zarazków?

Mutacja jako źródło powstawania chorób dziedzicznych nie jest również dostatecznym argumentem przeciw ubezpłodnieniu; ma ona prawdopodobnie swe znaczenie, jest jednak niewątpliwie w stosunku do dziedziczności zjawiskiem bardzo rzadkiem; poprzednio już wykazywałem, jak przez niedostateczność naszych badań genealogicznych możemy fałszywie przyjąć mutację tam, gdzie w rzeczywistości chodzi o recesywne dziedziczenie. Zresztą zjawiska powstałe przez mutację znowu się dziedziczą i temu trzeba również zapobiec.

Najwłaściwszym sposobem utrzymania ludzi chorych na dziedziczne choroby w stanie bezdzietnym jest ich *wyjałowienie* (nie kastracja). Obecnie czyni się to drogą chirurgiczną przez podwiązanie sznurów nasiennych u mężczyzn oraz podwiązanie lub przecięcie jajowodów u kobiet. Zabieg chirurgiczny, łatwy i krótki u mężczyzny, jest u kobiety połączony z pewnem, przy braku komplikacji zresztą niewielkiem, ryzykiem spowodu konieczności otwarcia powłok brzusznych. Może sczasem znajdą się inne, aniżeli chirurgiczne, równie pewne sposoby ubezpłodnienia, np. środki hormonalne.

Jeśli sterylizacja ma osiągnąć efekt o zasięgu społecznym, to powinna ona być, mojem zdaniem, *przymusowa*. Dobrowolne ubezpłodnienie nie prowadzi do celu i ma raczej, zresztą równie wcale ważne, znaczenie indywidualno-higieniczne lub humanitarne, lecz nie społeczne. Społeczeństwu musi bowiem zależeć na ograniczeniu ilości ciężkich chorób dziedzicznych na większą skalę, a nietylko w ramach dobrej woli jednostek. Proszę zastanowić się nad tem, kto przedewszystkiem podda się z własnej woli sterylizacji; będą to ludzie o pewnej inteligencji, świadomi odpowiedzialności za zdrowie swych dzieci i wnuków; nie można zaś liczyć na to, że większość tych, na których ubezpłodnieniu głównie społeczeństwu może zależeć, a więc np. chorzy umysłowo, przypuśćmy tak liczni i tak licznie rozmnażający się oligofreni, w większej liczbie dobrowolnie na sterylizację będą się decydowali. W ten sposób powstałby przez sterylizację dobrowolną dobór ujemny: bezpłodność inteligentniejszych spomiędzy dziedzicznie obarczonych. W dyskusjach częściej słyszę protest przeciw przymusowi sterylizacji, niż przeciw sterylizacji samej. Jednak państwo, które dla swej obrony żąda od obywateli ofiar ze zdrowia i życia, może chyba dla dobra przyszłych pokoleń zażądać

[3]) Chciałbym podkreślić, że mniemanie to, jak i szereg przytoczonych w dalszym ciągu referatu uwag są wyrazem moich osobistych poglądów i nie pokrywają się z poglądami dyrektora Kliniki, pana prof. Pieńkowskiego.

od pewnej grupy ludzi tak „modnej" przecież dzisiaj i tak często po różnych schorzeniach występującej bezdzietności. Zresztą rodziny chorych wykazują nierzadko zupełne zrozumienie dla tych postulatów, a *odium* słowa „sterylizacja" zmniejszy się, gdy ogół zrozumie różnicę między wyjałowieniem a kastracją.

U wielu ludzi świadomym lub nieświadomym motywem negatywnego ustosunkowania się do przymusowej sterylizacji jest fakt, że zabieg ten zaprowadzono obecnie w Niemczech. Jednakże już przed obecnym przewrotem domagali się takiej ustawy różni niemieccy uczeni, należący do różnych obozów politycznych. Można odrzucać pseudo-naukowe „rasowe" zasady rządzącego w Niemczech stronnictwa oraz nie zgadzać się z narodowo-socjalistycznym poglądem na stosunek jednostki do „wspólnoty ludowej", ale trzeba przyznać, że niemiecka ustawa sterylizacyjna mimo, że posuwa się często za daleko (o czem niżej), jest najlepiej sformułowaną ustawą eugeniczną.

Zdaję sobie z tego sprawę, że w naszych warunkach istnieje minimalne prawdopodobieństwo, by ustawa ustanawiająca przymusowe wyjałowienie została przyjęta. Dlatego uważałbym już za duży postęp, gdyby przynajmniej mogła przejść ustawa, pozwalająca na *dobrowolną sterylizację* w wypadkach ścisłych wskazań eugenicznych; ustawa taka stanowiłaby wyłom w opinji publicznej i byłaby może pierwszym krokiem do wprowadzenia racjonalnego ustawodawstwa eugenicznego; w ten sposób dzieje się w niektórych krajach, które zaprowadziły swego czasu dobrowolną sterylizację, a teraz stopniowo przechodzą do sterylizacji przymusowej (np. w Danji).

Już kilkakrotnie kładłem nacisk na to, że eugeniczne zabiegi profilaktyczne muszą dotyczyć jedynie ludzi dotkniętych chorobami napewno dziedzicznemi. Istnieje jednak często wielka trudność, a nawet niemożność *odróżnienia schorzeń idjopatycznych,* powstałych na dziedzicznem podłożu, od podobnie do nich wyglądających spraw chorobowych, wywołanych oddziaływaniem świata zewnętrznego. Wiadomo, że szczególne trudności w odróżnianiu tych form istnieją w psychjatrji. Nie ulega wątpliwości, że z omawianych tu zespołów chorobowych tak padaczka, jak i oligofrenja mogą powstać zarówno jako reakcja na różne bodźce, działające na ośrodkowy układ nerwowy, jak też jako wypływ czynników endogenicznych, wywodzących się z masy dziedzicznej; niezawsze zaś udaje się rozstrzygnąć, który z tych zespołów etjologicznych w danym wypadku odegrał decydującą rolę. Jeszcze większe trudności w tym kierunku istnieją co do schizofrenji. Napewno zdarzają się psychozy o niedziedzicznej etjologji, których obraz kliniczny zupełnie przypomina jedną z postaci schizofrenji. Może więc i pewna część tych schorzeń psychicznych, które według obecnie zakreślonych ram w systematyce psychjatrycznej zaliczamy do schizofrenji, jest również niedziedzicznego, w szczególności egzogenicznego pochodzenia o nieznanej nam tylko narazie etjologji. Wynika z tego, że nie możemy polegać wyłącznie na objawach klinicznych przy rozstrzyganiu o dziedzicznej naturze jakiegoś schorzenia, chyba że znamy dokładnie czynniki, które owo schorzenie wywołały. Dlatego uważam, że niemiecka ustawa o sterylizacji oraz idący wiernie za nią projekt Polskiego Towarzystwa Eugenicznego posuwają się zbyt daleko i nie liczą się dostatecznie z obecnym stanem psychjatrji, skoro polecają wyjałowić np. „wrodzony" niedorozwój umysłowy bez żądania dowodu jego dziedziczności, lub gdy przeznaczają do wyjałowienia wszystkich, którzy cierpią, przez krótki choćby tylko czas, na „schizofrenję": nie mogę się też zgodzić na tezę oficjalnego komentarza do niemieckiej ustawy, że samo rozpoznanie wrodzonej formy padaczki (a więc praktycznie: padaczki o niewyjaśnionej etjologji) jest równoznaczne z przyjęciem dziedzicznego jej pochodzenia. Mojem zdaniem ustawa powinna wyraźnie ograniczać stosowanie przymusowego wyjałowienia do przypadków napewno dziedzicznych, mimo że w praktyce ustalenie dziedziczności niezawsze się udaje. Zdaje mi się, że postanowienie, iż „takie zjawisko patologiczne należy uznać za dziedziczne w sensie ustawy, którego zewnątrzpochodnej przyczyny nie zdołano stwierdzić, a które w analogicznej postaci, jak u badanego osobnika, wystąpiło już w jego rodzinie we wstępujących, bocznych lub zstępujących linjach", odpowiadałoby najbardziej stawianym tu przezemnie wymaganiom. Przypuszczam, że naskutek coraz większego przeglądu chorych, co sczasem uzyskamy dzięki licznym zakładom leczniczym, liczba rzekomo sporadycznych, a w rzeczywistości dziedzicznych, lecz branych za niedziedziczne przypadków chorobowych, będzie stale się zmniejszała.

I jeszcze jedną poprawkę chciałbym wprowadzić do przypuszczalnego tekstu ustawy. Nieraz zdarza się, że choroba dziedziczna występuje u kogoś, kto w jakiejś dziedzinie wykazuje *wyjątkowe uzdolnienie;* wiemy zaś, że talenty dziedziczą się. Otóż by te talenty nie zginęły dla społeczeństwa, dobrze byłoby pozostawić komisjom rozstrzygającym o wyjałowieniu swobodę decyzji, czy w takich wypadkach nie byłoby rzeczą korzystną zrezygnować z ubezpłodnienia, a zachować dla potomności talent chorego mimo ryzyka przeniesienia na pewną część potomków jego choroby.

Reasumując przypominam, że wziąłem za przykład 4 sprawy chorobowe z dziedziny psychjatrji (padaczkę, głuptactwo, psychozę manjakalno-depresywną i schizofrenję) i starałem się wykazać na wynikach badań bliźniąt, że większa przynajmniej część tych chorób jest natury dziedzicznej. Na podstawie statystyki, dotyczącej rozpowszechnienia tych schorzeń wśród ogółu ludności oraz częstości ich występowania u potomków ludzi chorych przyszedłem do wniosku, że głównym czynnikiem w rozszerzaniu się chorób dziedzicznych jest rozmnażanie się ludzi, cierpiących na te choroby. Dlatego uważam ubezpłodnienie tych ludzi przez ich wyjałowienie (nie kastrację) za rzecz z punktu widzenia eugenicznego bardzo wskazaną. Opowiadam się za przymusową sterylizacją w wypadkach napewno stwierdzonej dziedziczności. Proponuję wreszcie pewne poprawki w tej części projektu Polskiego Towarzystwa Eugenicznego, która dotyczy sterylizacji, poprawki, zmierzające do dokładniejszego określenia dziedziczności danego schorzenia oraz do oszczędzania ludzi, obdarzonych szczególnemi uzdolnieniami [4]).

Dr. Stefan BILIŃSKI. Brzeżany.

Leczenie rzeżączki u kobiet.

Ze Szpitala Powszechnego w Brzeżanach.

Zakażenie gonokokowe u kobiet ma dla lekarza tak specjalisty, jakoteż i praktyka bardzo doniosłe znaczenie ze względu na uporczywość samej choroby i jej możebnych następstw w postaci powikłań.

Literatura tak polska, jak i zagraniczna, rozporządza w tej dziedzinie olbrzymim materjałem. Lekarz praktyk niezawsze ma możność i czas ku temu, by zaznajomić się należycie z najnowszemi zdobyczami w tej dziedzinie. Z tych powodów postaram się w krótkości omówić leczenie rzeżączki kobiecej na podstawie danych z literatury, oraz własnego doświadczenia zdobytego na materjale szpitalnym i praktyce prywatnej.

Rzeżączkę dzielimy na rzeżączkę otwartą t. j. umiejscowioną w cewce moczowej, sromie, gruczołach przedsionkowych, szyjce macicznej i odbytnicy, oraz rzeżączkę zamkniętą, obejmującą jajowody, jajniki i otrzewną.

Co do częstości występowania zakażenia rzeżączkowego u kobiet to zdania poszczególnych autorów odbiegają znacznie od siebie. I tak wielcy pesymiści na czele z Noegerrathem określają ilość zakażeń gonokokami na 80%, inni natomiast podają procent niepomiernie niższy. Trudno podać dokładne cyfry, jednak przyjąć musimy, że około 10—15% kobiet jest zakażonych gonokokami.

Stwierdzić rzeżączkę można przez wykazanie drobnowidowe gonokoków. Brak ich jednak w preparacie nie wyklucza istnienia choroby. Dotyczy to zwłaszcza przypadków chronicznych. Obraz mikroskopowy przy rzeżączce jest dość charakterystyczny mimo braku typowych wewnątrzkomórkowych dwoinek Neissera. Widzimy wówczas pod mikroskopem znaczną ilość ciałek ropnych oraz bardzo skąpą florę bakteryjną. W takich wypadkach należy badać po kilka a nawet kilkanaście razy, barwiąc preparaty nietylko zwyczajnie błękitem metylenu, jednak również i metodą Grama. O ile w kilku preparatach nie stwierdzono gonokoków, należy zwłaszcza w przypadkach podejrzanych uciec się do różnych sposobów prowokacyjnych, z których pierwszym i naturalnym jest sama menstruacja.

Obok badania mikroskopowego cenne usługi oddaje nam i badanie reakcji wydzieliny pochwy. Reakcja alkaliczna w pochwie każe nam myśleć przy wykluczeniu innych stanów zawsze o rzeżączce. Alkaliczną reakcję w pochwie spostrzegamy bowiem po porodzie, przy poporonieniowych zapaleniach wśródmacicznych oraz przy rzeżączce. Najprostszym i dla każdego dostępnym sposobem jest założenie do pochwy papierka lakmusowego na kilka sekund.

Preparaty należy pobierać ostrożnie, by nie przenieść procesu chorobowego dalej. Pobierając wydzielinę szyjkową, należy baczną zwracać uwagę na to, by nie przekroczyć ujścia wewnętrznego macicy, które stanowi należytą zaporę. W wypadkach ostrych przy silnym ropotoku należy pobierać wydzielinę dobrze wyżarzoną ezą platynową, w wypadkach chronicznych, gdzie wydzie-

---

[4]) Uwagi o całości projektu ustawy eugenicznej zamieszczę w jednym z następnych numerów „Higjeny Psychicznej".

lina bywa zwykle skąpa, małą łyżeczką, albowiem łatwiej w tych wypadkach wydostać gonokoki z zagłębień oraz warstw głębszych.

Jako sposoby prowokacyjne należy wyzyskać pierwszy dzień po perjodzie, wytrzeć szyjkę wodą utlenioną a następnie zastosować przez 1/2—1 minuty 10% rozczyn *arg. nitr.*, poczem pobrać preparat. Można zrobić zastrzyk wśródskórny mleka lub aolanu 1/2 do 1 cm³ a w 24 godziny pobrać preparat.

W bardzo wielu wypadkach dobrze zebrany wywiad przynosi wiele objawów nasuwających rozpoznanie rzeżączki. Obok głównego objawu upławów zielonkawo-żółtych gryzących, występuje pieczenie w cewce przy oddawaniu moczu, albowiem w ostrem stadjum 95% chorych wykazuje zakażenie cewki. Jeżeli w wywiadzie usłyszymy, że objawy wystąpiły w kilka dni po spółkowaniu, to mamy prawie pewność, iż nastąpiło zakażenie tryprowe.

Co się tyczy rzeżączki wstępującej, to również dokładny wywiad przytacza wiele czynników etjologicznych. Znajdziemy tu najczęściej w przeszłości upławy mniej lub więcej wybitne, a obecne cierpienie występujące nagle najczęściej po perjodzie, lub w jakiś czas po porodzie.

Jeżeli spotkamy się w wywiadzie z tem, że np. obecna choroba powstała nagle z końcem perjodu lub w krótki czas po nim wśród gorączki, bólów w podbrzuszu i zastaniemy chorą w ciężkim stanie z silną bolesnością brzucha, z objawami zajętej otrzewnej, zresztą dobrem tętnie i wyglądzie ogólnym, to w większości wypadków nie pomylimy się, stawiając przypuszczalne rozpoznanie rzeżączki.

Kłykciny ostre na skórze sromu i krocza, dawniej uważane za pewny objaw rzeżączki, nie są według dzisiejszych badań objawem pewnym. Zaliczyć je możemy do objawów towarzyszących każdemu rodzajowi upławów.

Colpitis granulosa, dawniej uważana za objaw typowy w rzeżączce nie przedstawia dziś większego znaczenia, albowiem dziś wiemy, że z zapaleniem tem spotkamy się prawie przy każdym katarze szyjki macicznej.

Natomiast za rzeżączką przemawiać będzie ropne zapalenie gruczołu Bartholimego, drobne zaczerwienienie w okolicy cewki moczowej oraz na śluzówce przedsionka. Szczegółowy wywiad i dokładna obserwacja każdego przypadku ma nieraz większe praktyczne znaczenie i łatwiej prowadzi do należytego rozpoznania, aniżeli niektóre nieodpowiednio stosowane metody badania. Dotyczy to zwłaszcza przypadków postępującego procesu. W wypadkach ostrych lub recydywach należy specjalnie być ostrożnym przy wszelkich badaniach.

Przechodząc do omówienia poszczególnych form i lokalizacyj rzeżączki, rozpocznę od ostrej rzeżączki sromu. Z postacią tą spotykamy się wyłącznie u dziewcząt przed wiekiem pokwitania, u starszych i ciężarnych rzadziej. W obrazie tym na pierwszy plan występuje obrzękły zaczerwieniony przedsionek, pokryty żółto-zielonkawą ropą, miejscami drobne erozje, oraz do błonicy podobne naloty. Gruczoły pachwinowe obrzękłe, bolesne, niejednokrotnie zwłaszcza u dzieci występuje zaparcie moczu oraz wysoka gorączka.

Rzeżączka wieku dojrzałego rozpoczyna się najczęściej od zakażenia cewki i szyjki. Charakterystyczny dla tej formy jest ropotok z cewki, zaczerwienienie ujść gruczołów, głównie Bartholiniego i Skehnego oraz śluzowo-ropna, lub ropna wydzielina ze szyjki macicznej. M e n g e oblicza wedle statystyki B u m a, F a b r y e g o, swojej i innych, że rzeżączka ostra zajmuje w następujących procentach pewne odcinki: cewkę moczową w 95%, szyjkę maciczną w 80%, gruczoły pochwy około w 20%; przy rzeżączce chronicznej sprawa wedle tych samych statystyk przebiega inaczej: w cewce 30%, w szyjce 95%, w gruczołach pochwy 25%. Z zestawienia powyższego wynika, że rzeżączka sczasem zajmuje coraz głębsze a raczej wyżej położone odcinki narządu rodnego. Sprawa chorobowa posuwa się coraz wyżej, kończąc swój pierwszy etap t. zw. rzeżączki otwartej, powierzchownej na szyjce przy ujściu wewnętrznem. Zależnie od jadowitości bakteryj oraz od konstytucji danego osobnika sprawa chorobowa albo kończy się na tym etapie, albo też przechodzi wyżej, a więc na błonę śluzową trzonu macicy oraz przydatki.

Gonokoki żyjące na śluzówce, wywołują też pewne zmiany i w głębi tkanki. Wskutek obrzęku śluzówki i przekrwienia, wchodzą toksyny w łatwą styczność z krwią, powodując powstawanie we krwi przeciwciał.

Zmiany głębsze są charakterystyczne dla rzeżączki zamkniętej, jednak bardzo często występują i w otwartej. Potwierdza to praca B u d ł o w s k i e g o i S a g h e r a, którzy w przewlekłej rzeżączce cewkowo-szyjkowej otrzymali dodatnią reakcję w 70%, w czem 44% silnie dodatnią i w 26% słabo dodatnią. Z. S z w o j n i c k a i T. Z a w o d z i ń s k i przeprowadzili na dużym materjale próbę odchylenia dopełniacza z antygenem gonokokowym (gonoreakcję) i twierdzą, że otrzymali 96.4% zgodnych wyników. Stwierdzili przytem, że odczyn dodatni występuje zawsze po zaszczepieniu szczepionki gonokokowej i utrzymuje się przeciętnie około 80 dni. Zwracam na to specjalnie uwagę, aby nie prowokować szczepionką wypadków, które chcielibyśmy badać na gonoreakcję.

Porównując wynik gonoreakcji ze zmianami klinicznemi zauważono, że w początku choroby (po skończonych 3 tygodniach), prawie wszystkie przypadki dają pozytywną gonoreakcję. Podkreślić należy, że przypadki w których stale gonoreakcja wypada dodatnio, mają stale zmiany patologiczne w przydatkach i że przypadki te bardzo często dają nawroty. Przypadki, w których gonoreakcja wypada ujemnie, uznać możemy za wyleczone. B u c u r a znalazł w 90% przypadków rzeżączki kobiecej dodatnią gonoreakcję. Jak z powyższego wynika, rzeżączka u kobiet jest tylko w bardzo małym odsetku powierzchowną chorobą, natomiast w przeważnej liczbie staje się głęboką i to w stosunkowo krótkim czasie.

Przechodząc do leczenia rzeżączki otwartej, powierzchownej i głębokiej, musimy zastanowić się nad rozmaitemi sposobami leczniczemi i ich wartością.

Leczenie ostrej rzeżączki polega na spokoju, leżeniu w łóżku, oraz zmywaniu zewnętrznego sromu obojętnemi środkami lekko odkażającemi. Przez usta podawać środki moczopędne jak salol lub herbatki moczowe. Po środkach balsamicznych nie należy się zbyt wiele spodziewać, albowiem aparat moczowy u kobiet nie daje zwykle objawów. Leczenie poronne rzadko kiedy może mieć zastosowanie u kobiet, albowiem rzeżączka początkowa może prawie żadnych nie dawać objawów.

Dość często przez niektórych lekarzy stosowane przetwory akrydynowe w zastrzykach dożylnych, zdaniem mojem niewiele pomagają i powodują przy niedostatecznej technice zastrzyków dożylnych, wielkie niebezpieczeństwo wywołania zgorzeli skóry z bardzo przykremi następstwami. Zdając sobie sprawę z tego, że miejscem, w którem najczęściej usadawiają się dwoinki Neissera są błony śluzowe szyjki i cewki moczowej, należy w tym okresie starać się o to, by bakterje miały jaknajmniej możliwości przenikania w głąb tkanki.

Po 2 lub 3 tygodniach musimy przejść do czynnego leczenia. Pamiętać o tem trzeba, że gonokoki występują nietylko na powierzchni śluzówki, ale zagnieżdżają się również w warstwach głębszych oraz w przewodach gruczołowych. Musimy więc stosować leki działające zabójczo na bakterje wprost. Lekami takiemi są przedewszystkiem preparaty srebrowe. Prace laboratoryjne potwierdzają to i dają nawet pewien szemat w jakim stopniu różne preparaty działają. Praktyka jednak uczy czego innego i wyniki pracowniane niezawsze stosować można u chorych. Badania różnych autorów kierowane były ku temu, by wzmóc zdolność penetracyjną jonów srebrowych. W ten sposób powstały połączenia związków srebrowych z kwasem żółciowym. Stanowi to bezsprzecznie wielki postęp, jednak preparaty nie spełniły dostatecznie swego zadania.

Sposoby ogólnie stosowane przy leczeniu cewki i szyjki polegają głównie na płókaniach, wycieraniach cewki i szyjki, przepłókiwaniach pochwy, wkraplaniach do cewki i szyjki, tamponach i t. d. Rozpatrując krytycznie powyższe sposoby lecznicze, nie możemy ich wprawdzie odrzucić jako bezwartościowe, jednak za wiele po nich spodziewać się nie można.

Sposoby podane muszą być bardzo rozmaicie stosowane, aby skuteczność osiągnąć.

Przy wlewaniach cewkowych, należy zawsze mieć na względzie pojemność i rozciągliwość cewki moczowej, która ze względu na stan zapalny przynajmniej początkowo, jest nie tak wielka. Należy więc wstrzykiwać do cewki powoli, kroplami bez wielkiego ciśnienia w 3—4 porcjach w ciągu kilku minut. Jako leku używam protargolu od 1—2%, albarginy od 0.10—0.40/200, *arg. nitr.* 1/4—2% i to na zmianę, albowiem doświadczenie uczy, że najlepszy preparat stosowany stale nie działa tak skutecznie jak zmieniany. Zmiany leków, jakoteż i stężenie ich zmieniam mniej-więcej co 4—5 dni. Wlewania takie ostrożne mają rację tylko w okresie podostrym, kiedy tkanka jako nacieczona jest więcej wrażliwą. Z chwilą ustąpienia stanu podostrego, należy stosować energiczniejsze leczenie.

W wypadkach tych dobre usługi oddaje wycieranie i to dwukrotne cewki, początkowo słabemi rozczynami *arg. nitr.* wzmacniając stężenie od 1% do 5%, wreszcie zakładanie pręcików z 2% cholewalu; postępowanie tego rodzaju jest skuteczne. Dobre wyniki uzyskuje się również po eutirsolu zwłaszcza w okresie podostrym, albowiem po nim w dość krótkim czasie znikają nacieki. Eutirsol najlepiej stosować w postaci wlewań cewkowych przypisując: Rp. *Sol. eutirsoli* 10%, od 1—4.00 *ol. amygd.* 10.00 *gumm. arab. 5.00 Aq. dest. q. s. u. f. l. art. emuls. adde aq. dest. ad* 200.

Wielu autorów poleca tamponowanie cewki moczowej gazikami zwilżonemi różnemi płynami. Osobiście nie stosuję tamponowania cewki, stosuję raczej pręciki. Dobre wyniki osiąga się przez 6—10% rozczyn wodny targesiny. Podaję te środki, któremi najczęściej operuję, nie wymieniając całego szeregu innych może równie dobrych, co do których jednak nie mam specjalnego doświadczenia. Na tem zwyczajnie polega leczenie rzeżączki cewkowej. Pod koniec leczenia należy zastosować masaże cewki, by wygnieść mechanicznie gonokoki z warstw głębszych oraz przewodów gruczołowych. W tym celu najlepiej posługiwać się rozszerzadłem Hegara Nr. 4—6 zależnie od szerokości cewki. Hegar należy wprowadzić do cewki nie przekraczając mięśnia zwieracza, oraz masować przez pochwę ugniatając całą cewkę.

Przy leczeniu cewki należy równocześnie leczyć i szyjkę maciczną, która jak wiemy, jest w około 80% przy ostrej rzeżączce, a w 95% przy chronicznej zajętą.

Sposób w jaki postępuję jest następujący: w okresie ostrym zupełny spokój, leżenie w łóżku, kilkakrotnie dzienne podmywania sromu, dieta niedrażniąca, z dużą ilością płynów, codzienne wypróżnienie.

Po ustąpieniu ostrych objawów, gorące 40—45° przepłókiwania pochwy przez kankę Pinkusa, słabym rozczynem nadmanganianu potasowego lub lizoformu, lub co sobie chore bardzo chwalą — naparem rumianku ze szałwją w równych częściach. Po przepłókaniu pod niskiem ciśnieniem wytrzeć do sucha część pochwową; następnie stosować kąpiel lapisową z 2% rozczynu i założyć luźno suchy gazik przed ujście. Po 3 do 4 tygodniach, zależnie od stanu, zaczynam stosować wycieranie szyjki 2% rozczynem azotanu srebra 2 razy tygodniowo. Potem zakłada się sztyfciki z 2% cholewalu oraz mały tamponik przepojony 10% ichtiolem w glicerynie do tylnego sklepienia. Azotanu srebra używa się z początku od 2% a dochodzi do 10%. Przed wytarciem szyjki azotanem srebra, wycieram ją silną wodą utlenioną w celu usunięcia śluzu, aby azotan srebrowy miał jaknajwiększy dostęp do śluzówki. Nadżerki części pochwowej wycieram jodyną lub 20% formaliną oraz zakładam „*Propidon ovulae Spiess*". Podczas leczenia pobiera się stale co tygodnia preparaty do badania mikroskopowego. Leczenie przerywać należy na 3—4 dni przed perjodem i na 2—3 dni po nim.

W bardzo uporczywych wypadkach, a obecnie i w lżejszych dla skrócenia czasu leczenia, stosuje się z dobrym skutkiem leczenie gorączkowe, wstrzykując co drugi lub trzeci dzień, zależnie od reakcji, „*dmelcos Spiess*" dożylnie, począwszy od $^1/_2$—1 cm³ w pierwszej porcji. Doświadczenie bowiem uczy, że rzeżączka stosunkowo łatwo ustępuje w przebiegu chorób gorączkowych. Nie przypuszczam jednak, by gonokoki miały zginąć w czasie ataku gorączki.

Żywotność ich jednak znacznie się zmniejsza. Ponieważ po zastrzyku „*dmelcos*" zwłaszcza pierwszym, ciepłota dochodzi nieraz do 40° i wyżej i trwa około 6—8 godzin, nie należy tego leczenia stosować w przypadkach z chorem sercem, oraz u osób wątłych, z przebytą lub czynną gruźlicą. Próbowałem również, idąc za radą autorów francuskich wstrzykiwania krwi własnej 2 cm³ do szyjki, jednak nie mogę powiedzieć, bym tym sposobem osiągnął nadzwyczajne wyniki. Sposób ten jednak w niektórych wypadkach można stosować. W wypadkach uporczywych długotrwałych, stosowałem z dobrym wynikiem zastrzyki „*Gonovac*" fabr. „*Serovac*" od $^1/_2$ do 2 cm³ do miąższu szyjkowego, przy równoczesnem leczeniu miejscowem śluzówki. Przy tem leczeniu pamiętać należy, że dreszcze, gorączka, łamanie w kościach, czasami wymioty występują zwykle w krótkim czasie, wobec czego należy pacjentkom na ten szczegół zwrócić uwagę i nakazać im leżenie w łóżku. Ilość zastrzyków, zależnie od reakcji waha się od 5—7 w odstępach 3—4-dniowych. Przy braku reakcji gorączkowej, wyników dodatnich nie widziałem. Równocześnie pamiętać należy o leczeniu lub zapobieganiu zakażeniu odbytnicy. Należy więc od samego początku leczenia wycierać odbyt protargolem od $^1/_2$—5% zmieniając stężenie co 2—3 dni, oraz podawać czopki protargolowe w odpowiedniem stężeniu, by chora zakładała je sobie sama na noc. Czasu leczenia rzeżączki ostrej, otwartej ustalić nie można, trwa ona od 2—6 miesięcy.

Znam jednak cały szereg wypadków leczonych znacznie dłużej.

Podczas leczenia rzeżączki kobiecej trzeba być bardzo skrupulatnym: mieć faktycznie cierpliwość a wówczas bardzo duży procent ulegnie wyleczeniu. Znaczny procent przypadków przy starannem leczeniu nie przechodzi zakażenia wyższego jak szyjka. Są jednak przypadki, gdzie zakażenie postępuje dalej na śluzówkę trzonu macicy, przydatki i otrzewną.

Powikłania te trzeba mieć na względzie, by uniknąć niejednokrotnie przykrych pomyłek. Przy badaniu chorej spowodu dolegliwości w brzuchu należy zawsze myśleć również i o chorobie przydatków.

I tak jako przykład przytoczę przypadek niedawno obserwowany. Przypadek ów został skierowany do operacji jako *appendicitis*, a okazał się ostrem zapaleniem trąbki na tle rzeżączkowem.

Jak dalece można się pomylić w rozpoznaniu i skierować leczenie na niewłaściwe tory, ilustrują następujące przeze mnie obserwowane wypadki.

Chora M. K., L. H. ch. 435/35, skierowana do szpitala z rozpoznaniem typowego *typh. abdominalis*, o czem lekarz zawiadomił lekarza powiatowego. Wykazuje bolesność głównie podbrzusza. W wywiadzie podaje, że zachorowała w kilka dni po perjodzie, a na upławy cierpiała od dłuższego czasu. Wydzielina z cewki i szyjki wykazuje olbrzymią masę gonokoków, gonoreakcja +++, opór i bolesność dolnej partji brzucha, silny opór mięśniowy. Rozpoznano *pelveoperitonitis go.*

Chora S. O., L. H. ch. 554/35, przysłana do operacji z rozpoznaniem *prolapsus uteri*. Przy badaniu stwierdza się ciepłotę 38°, bolesność prawego podżebrza, srom wieloródki lekko ziejący, przed szparą sromową szyjka z wrębami, nadżerką, oraz silnie ropną wydzieliną. Macica powiększona twarda, bolesna, prawie nieruchoma, po stronie prawej guz wielkości prawie mandarynki kształtu fajkowatego, elastyczny, bolesny niestojący w bezpośrednim związku z macicą. Badanie mikroskopowe wykazuje dużą ilość gonokoków. W wypadku danym nie było żadnego wypadnięcia, a raczej tylko obrzęk i skutkiem tego wydłużenie szyjki macicznej, stan zapalny macicy i prawostronnych przydatków. Leczenie odpowiednie doprowadziło do cofnięcia się całej sprawy.

Rzeżączka szyjkowa dość często przechodzi na wyższe odcinki. Przedewszystkiem zostaje zaatakowana śluzówka trzonu macicy. Stan ten charakteryzuje się uczuciem jakby pełności w brzuchu, mniejszemi lub większemi upławami, oraz dość obfitemi przeciągającemi się perjodami. Leczenia właściwie na śluzówkę trzonu nie należy stosować, albowiem skutkiem menstruacji przy złuszczaniu się nabłonka jama macicy w czasie 2—3 okresów menstruacyjnych ulegnie samowyleczeniu. Są jednak autorzy, którzy leczą go. trzonu czynnie, wprowadzając czyto strzykawką Brauna, czyteż zapomocą cienkich kateterów macicznych lub wreszcie na zgłębnikach leki lekko odkażające, jak rozczyn kolargolu, błękitu metylowego i inne. Nie uważam tego za konieczne, a w rękach praktyka zwłaszcza, takie leczenie raczej szkodę przyniesie, niż poprawę.

Wprowadzając jakikolwiek lek do wnętrza macicy, musimy ją ustalić kulociągiem, ściągnąć chociażby lekko wdół, a wprowadzając lek, wywołujemy skurcze mięśnia macicznego, czem stwarzamy możność, przedostania się jego wraz z materjałem zakaźnym do trąbek oraz jamy otrzewnowej.

Leczenie stanu zapalnego przydatków i otrzewnej powstałego na tle rzeżączki nie różni się właściwie od leczenia zapaleń na tle innem.

W ostrym stanie przebiegającym zwykle z wysoką ciepłotą, zalecić zupełny spokój, leżenie w łóżku, kompresy wysychające na brzuch, w razie potrzeby lekkie środki przeczyszczające, czopki z belladonną, papaweryną i piramidonem w celu uśmierzenia bolów, lekko strawną, pożywną, niedrażniącą dietę, oraz zastrzyki dożylne z 10% *calc. gluconatum* co drugi dzień. W ten sposób uzyskiwałem zwykle po kilku dniach, najwyżej do tygodnia spadek ciepłoty do normy. W ostrym stanie nie stosowałem nigdy szczepionek swoistych, nie widząc po nich należytego skutku. Nacieki w przypadkach po spadku ciepłoty, zaczynają się zwykle same cofać. Dopiero w okresie bezgorączkowym stosuję szczepionkę gonokokową od 0.50—2.00 co drugi dzień dożylnie. Ogółem podaję 6 zastrzyków szczepionkowych, po nich przechodzę do zastrzyków domięśniowych *ammonium sulfoichtyol.* 2% od 1—3 g co drugi dzień. Bardzo często po takiem leczeniu, guzy wielkości prawie pięści znikają niemal zupełnie. Po okresie 10—14-dniowym bezgorączkowym, zaczynam nagrzewanie brzucha gorącem powietrzem od 10—30 minut codzień, obserwując ciepłotę i tętno.

Równocześnie zwracam uwagę na ogólne samopoczucie. W razie podwyższenia ciepłoty lub też wywołania bólów przerywam nagrzewanie. Widząc po kilku dniach, że stan chorej jest dobry, przechodzę do gorących przepłókiwań pochwy 40—50° mieszanką: Rp. *Kali jodat.* 3, *Tra jodi* 30, *Aq. destil.* 200, z tego łyżkę na litr wody. Płókania robię przez kankę Pinkusa leżąco i pod niskiem ciśnieniem, obserwując znowu stan ogólny, bolesność i ciepłotę. W razie jakichś odchyleń od normy, przerywam natychmiast zabiegi. Po kilkudniowej obserwacji chorej i dobrem samopoczuciu, prowadzę zabiegi sterylizujące na szyjce i cewce moczowej. Bardzo dobre wyniki daje w tym czasie leczenie diatermją. Seanse robię codzień począwszy od 10 minut, podwyższając codzień o 5 minut aż do 30 minut przy napięciu 1—$1^1/_2$ amp. W pierwszych 3 seansach stosuję elektrody duże blaszane zewnętrznie, na brzuch i krzyże, poczem następne posiedzenia odbywają się w ten sposób, że jedną elektrodę wkłada się do poch-

wy, drugą na kość krzyżową. Leczenie diatermją przerywam na 5 dni przed perjodem oraz na 3—4 dni po perjodzie. Z leczenia tego miałem bardzo dobre wyniki przy naciekach w przymaciczu, przy stanach zapalnych trąbek wyniki były mniej zadawalniające.

Tyle miałbym do powiedzenia o konserwatywnem leczeniu rzeżączki kobiecej otwartej, ostrej, chronicznej oraz skomplikowanej. A teraz słów kilka o leczeniu operacyjnem.

W czasie zmian ostrych wchodzi w grę jedynie nacięcie zropiałego gruczołu Bartholiniego lub wyłuszczenie go w całości. Przy zmianach w trąbkach i jajnikach nie należy zbytnio się z operacją spieszyć. Są wprawdzie niektórzy lekarze, którzy po rocznem leczeniu nie widząc zupełnego wyleczenia radzą operować, aby kobietę uczynić prędzej zdolną do pracy. Osobiście zdania tego nie podzielam i mam wrażenie, że większość za tem się oświadczy. Jeżeli jednak mimo bardzo skrupulatnego leczenia przez przeciąg czasu przynajmniej 2 lat, przy opadaniu krwinek normalnem i stałej niezdolności do pracy spowodu bolów, nie daje się osiągnąć poprawy, można pomyśleć o operacji. Ze sposobów operacyjnych należy wybierać sposoby jaknajmniej kaleczące. U kobiet młodszych usunąć dno macicy wraz z chorobowo zmienionemi trąbkami zostawiając przynajmniej jeden jajnik, aby zapobiec wypadnięciu funkcji, u starszych ponad 40 lat lepsze wyniki daje czasowa lub też trwała kastracja rentgenowska.

Dr. Stefan SCHWARZ. Kraków.

Uśpienie dożylne przy pomocy Evipan-Natrium w chorobach kobiecych i położnictwie.

Z Oddziału Chorób Kobiecych i Oddziału Położniczego Państwowego Szpitala św. Łazarza w Krakowie.
Ordynator: Doc Dr. J. Szymanowicz.

Olbrzymi oddźwięk wywołało ukazanie się przed trzema laty *Evipan-Natrium,* nowego środka do uśpienia dożylnego.

Jakkolwiek uśpienie dożylne nie jest rzeczą zupełnie nową i było już oddawna próbowane, to jednak środki do niego używane, chybiały celu. Były to środki z grupy kwasu barbiturowego, środki trudno rozpuszczalne, ulegające powolnemu rozkładowi w ustroju i wydalaniu a nadto działające szkodliwie na korę mózgu i ważne dla życia ośrodki rdzenia przedłużonego. Uzyskiwano więc sen zbliżony do zatrucia a nawet właściwie polegający na zatruciu związkami kwasu barbiturowego, sen poza wszystkiemi swemi niebezpieczeństwami zazwyczaj za płytki do wykonania nawet niewielkiego zabiegu.

Jasna jest więc rzeczą, że wobec takich wad, uśpienie dożylne niewielu znajdowało zwolenników i właściwie nie wchodziło w rachubę jako daleko mniej pewne od uśpienia wdechowego i wszystkich innych sposobów znieczulania ogólnego.

Wytworzeniem nowego środka, działającego głęboko usypiająco a przytem nieuszkadzającego ani kory mózgowej, ani ważnych ośrodków, uczyniono olbrzymi krok naprzód, nietylko w dziedzinie uśpienia dożylnego, ale w dziedzinie znieczulania wogóle.

Evipan-Natrium jest wprawdzie również pochodnym kwasu barbiturowego (jest on solą sodową kwasu N-metylo-cyklo-heksenylo-metylo-barbiturowego), stoi jednak pod wieloma względami znacznie wyżej od podobnych przetworów.

Najważniejszą cechą znamienną *Evipan-Natrium* (E.-N.) jest krótkotrwałość jego działania, polegająca na bardzo szybkim i prawie całkowitym rozkładzie chemicznym tego środka, zachodzącym w 97% w wątrobie. Dzięki tak szybkiemu rozpadowi podanego dożylnie środka ustrój uwalnia się równie szybko od jego działania usypiającego, a przez to E.-N. stoi narówni a nawet wyżej od ciał lotnych usypiających, których działanie można w dość dowolny sposób regulować i w razie potrzeby przerwać.

Drugą również niezmiernie ważną cechą omawianego środka jest szybkość jego działania, przewyższająca znacznie szybkość działania wszystkich innych środków usypiających. Dodać tutaj trzeba, że zasypianie pod wpływem działania E.-N. podmiotowo, a więc z punktu odczuwania chorej przewyższa nieporównanie wszystkie inne środki.

Do dalszych ważnych zalet E.-N. zaliczyć należy małą siłę trującą tego leku wogóle, a pozatem dużą rozpiętość między dawką działającą a dawką trującą. Rozpiętość ta, która dla E.-N. wynosi około 4 jest również znacznie większa od rozpiętości innych środków usypiających. Ze względu właśnie na małą siłę trującą tego leku i nieatakowanie przez niego narządów miąższowych, uważamy, że jedynem przeciwwskazaniem do stosowania jego, są miąższowe schorzenia wątroby. Pozatem środek ten znoszony jest dobrze tam, gdzie inne środki bywają znoszone źle, albo są zupełnie niedopuszczalne. Pamiętać jednak należy, że istnieją osobniki na działanie kwasu barbiturowego oporne, u których zarówno bardzo wysokie dawki weronalu i t. p., jak i Evipan nie są w stanie wywołać, poza pewnem odurzeniem, głębszego snu.

Po tym ogólnym wstępie pozwolę sobie omówić wskazania, technikę i wyniki stosowania E.-N. na Oddziele Chorób Kobiecych i Położniczym Szpitala św. Łazarza w Krakowie.

Evipan-Natrium stosujemy od sierpnia 1933 r. Początkowo, korzystaliśmy z próbek dostarczonych nam przez Firmę Bayer, potem musieliśmy stosowanie tego środka przerwać, aż do czasu wprowadzenia go do sprzedaży w Polsce. Obecnie stosujemy E.-N. spowrotem bardzo szeroko na materjale tutejszego Oddziału.

Chcąc mówić o wskazaniach do stosowania E.-N. przypomnę wspomniane już uprzednio jedyne przeciwwskazanie ze strony wątroby. Pozatem istnieje wskazanie do stosowania E.-N. szczególnie tam, gdzie jest przeciwwskazanie do zastosowania innego rodzaju uśpienia. A więc ogólnie przedewszystkiem: stany zapalne płuc i oskrzeli, niedomoga narządu krążenia, stany gorączkowe spowodowane zakażeniami ogólnemi a dalej przypadki nagłe, do uśpienia wdechowego nieprzygotowane, nadają się dobrze do uśpienia dożylnego omawianym środkiem. Nadają się również chore wrażliwe, nerwowe, bojące się uśpienia. Z punktu zaś widzenia lekarza chorób kobiecych nadaje się E.-N. szczególnie dobrze do stosowania we wszystkich tak zwanych „małych" zabiegach ginekologicznych. Zabiegi te mimo iż są małe i krótkotrwałe wymagają jednak od chorej wytrzymałości na ból, a stanowią przecież pokaźny procent zabiegów ginekologa.

Do zabiegów tych zaliczamy, poza badaniem w uśpieniu, które przy użyciu E.-N. wykonywać można nawet ambulatoryjnie — rozszerzanie kanału szyjki macicznej, wyłyżeczkowanie jamy macicy próbne, lecznicze, lub położnicze, dalej nakłucie i nacięcie jamy Douglasa, wycinki próbne, zakładanie radu, usuwanie polipów, albo rodzących się włókniaków, wypalanie raka szyjki macicznej i kłykcin sterczących — te zabiegi szczególnie ze względu na obawę wybuchu eteru, — dalej zabiegi plastyczne szyjki macicznej, nacinanie ropni przymacicznych i sutkowych. Z dłużej trwających zabiegów nadają się doskonale: pochwowe wyjęcie macicy, zabieg Alexandra-Adamsa oraz plastyki przedniej ściany pochwy. Plastyki tylnej ściany pochwy i krocza wymagają zwyczajnie dodatku eteru.

W zabiegach dużych, brzusznych, niezawsze udawało nam się uzyskać dawką 1.0 g E.-N. zupełne zwolnienie brzucha i zwiotczenie jelit. Mimo, że chirurdzy zadowalniają się głębokością snu nawet w dużych zabiegach chirurgicznych, to jednak my musimy tutaj od środka usypiającego wymagać więcej. Operując głęboko w miednicy małej musimy uzyskać pole operacyjne zupełnie wolne od wysuwających się jelit, które mogą nam wprost uniemożliwić wykonanie nawet drobnego zabiegu na częściach rodnych. Można zresztą podawać znacznie większe dawki E.-N. które są w stanie sprowadzić bardzo głęboki sen, należy jednak odrazu powiedzieć, że wydaje nam się znacznie prostszem dodanie w przypadkach zbyt powierzchownego snu małych ilości eteru. W ten sposób uzyskujemy zawsze z łatwością wystarczająco głęboki sen i zwiotczenie powłok.

Co do położnictwa, to E.-N. oddaje w niem równie cenne usługi. Zwrócić jednak trzeba uwagę i to z naciskiem, że dawkowanie omawianego leku w czasie końca ciąży a zwłaszcza w czasie porodu i najwcześniejszego połogu jest niebylejaką sztuką i liczyć się należy *z olbrzymiemi* różnicami w znoszeniu tego środka przez kobiety w tych okresach czynności ustroju. Dawki podane przez Samuela do przeprowadzania bezbolesnego porodu (1—2 cm^3 co 20—30 minut) mogą w wielu przypadkach być za duże, gdyż przeprowadzaliśmy zabiegi położnicze trwające około 30 minut, w zupełnie głębokim śnie, przy pomocy dawki 2 cm^3. Duże niewątpliwie znaczenie odgrywa tutaj stan wyczerpania rodzącej. Dlatego też trzeba u rodzących stosować E.-N. bardzo ostrożnie i dawkować jedynie w miarę oddziaływania usypianej a nigdy wedle jakichkolwiek szematów i tablic.

Pamiętając o tej zwiększonej a bardzo zmiennej wrażliwości osobniczej, można E.-N. stosować z powodzeniem przy nacinaniu i szyciu krocza, przy obrotach i zabiegach wydobywania płodu (zwłaszcza w przypadkach nagłych, a więc nieprzygotowanych). Zwolennicy stosowania odurzania rodzącej w chwili przerzynania się główki mają w Evipanie również odpowiedni środek, muszą jednak pamiętać o tem, aby za dużą dawką nie znieść tłoczni brzusznej.

Dzieci znoszą E.-N. dobrze. Rodzą się wprawdzie śpiące, lecz wygląd ich nie jest niepokojący i po małej chwili obudziwszy się zaczynają prawidłowo krzyczeć.

Podnieść należy, że krwawienie ani z macicy ani wogóle z pola operacyjnego nie zwiększa się pod wpływem E.-N.

Co do techniki stosowania E.-N. to nie różni się ona zasadniczo od powszechnie stosowanej. Dość ważne, choć nie niezbędne dla techniki stosowania jest ustalenie zgóry czy chodzi nam o krótkotrwałe uśpienie, jednym zastrzykiem, czy o długotrwałe uśpienie wielokrotnemi zastrzykami, czyteż wreszcie o wprowadzenie chorej w uśpienie w czasie którego zastosujemy inny środek a więc najczęściej eter.

Przygotowujemy chore zasadniczo taksamo jak do innych uśpień, z tem, że w przypadkach nagłych nie trzeba pompować żołądka. Nie podajemy przed uśpieniem E.-N. morfiny, gdyż zauważyliśmy, że nie wpływa to na głębokość snu, obniża zaś niejednokrotnie głębokość oddychania. Korzystniejsze jest znacznie podanie na godzinę przed przewidywanym zabiegiem 1—2 cm³ Somnifenu. Nie należy przed uśpieniem podawać środków z grupy kamfory, podobnie jak i kofeiny, strychniny, efetoniny, gdyż osłabiają one nasenne działanie Evipanu.

Roztwór przygotowujemy oczywiście bezpośrednio przed wykonaniem uśpienia.

Wstrzykujemy 10 cm-ową strzykawką z dobrze widocznem kalibrowaniem, najlepiej z bocznym wylotem, jaknajcieńszą, krótko ściętą igłą. Jeżeli chodzi o długotrwałe podawanie E.-N. składamy mały aparat (100—200 cm³) do wlewania kroplowego, i łączymy go z igłą założoną na csadce z bocznym kurkiem. Igłę ustalamy przylepcem do ręki, ułożonej na szynie i w miarę potrzeby bocznym kurkiem dodajemy E.-N. Wpływający kroplami roztwór fizjologiczny zapobiega krzepnięciu krwi w igle. Wstrzykujemy zazwyczaj w żyłę łokciową, wyjątkowo w inne żyły (jak np. w *v. saphena* w okolicy kostki).

Co do samego usypiania, to nie należy sobie wyobrażać, że polega ono na mechanicznem wykonaniu zastrzyku dożylnego wedle jakiegokolwiek przepisu, opartego na wadze i wieku chorej. Istnieją *olbrzymie* osobnicze *różnice* we *wrażliwości*, często niezależne od wieku, wagi, sprawy chorobowej i stanu ogólnego chorej, które sprawiają, że *nigdy nie jesteśmy w stanie dawki zgóry przewidzieć, ale musimy ją w czasie samego usypiania ustalić.*

Wstrzykiwanie musi się odbywać początkowo niezmiernie powoli (około 30" na 1 cm³). Przy pewnej wprawie można ocenić już po paru kroplach sposób oddziaływania chorej na Evipan. Ścisłe trzymanie się zegarka niezawsze odpowiada osobniczym właściwościom chorej. Jest ono konieczne jedynie, dla początkującego narkotyzera, w celu ustrzeżenia się od zbyt szybkiego wstrzykiwania, a co zatem idzie od niepotrzebnego przedawkowania.

Wskazanem jest, aby oprócz wstrzykującego, znajdowała się druga osoba przy głowie chorej, mająca za zadanie śledzenie wyglądu chorej i podtrzymywanie opadającej szczęki. Usypianie następuje wśród szybko wzmagającego się uczucia zmęczenia i senności. Drgawki i skurcze dowodzą za szybkiego wstrzykiwania. Twarz chorej nie zmienia prawidłowego wyglądu, tętno nieznacznie przyspiesza, oddech często staje się trochę płytszy. Źrenice rozszerzone, na światło jednak oddziaływują. Ważnem dla dawkowania jest uchwycenie chwili zasypiania t. j. chwili w której chora przestaje liczyć. Doczekawszy tego momentu, należy przeczekać jeszcze aż do opadnięcia szczęki i wystąpienia chrapania i teraz w zależności od celu do jakiego ma służyć uśpienie dawkować dalej. Do badania lub wykonania łatwego wycinka wystarcza zazwyczaj albo dawka zasadnicza (t. j. potrzebna do zaśnięcia) albo bardzo niewielki dodatek (½—1 cm³ roztworu E.-N.). Dla wykonania innych dłużej trwających zabiegów dodajemy w nieco szybszem tempie 10—20% dawki zasadniczej, a następnie maleńkiemi dawkami dodajemy resztę roztworu w czasie trwania zabiegu. Wykonując uśpienie podstawowe wstrzykujemy po uzyskaniu zaśnięcia 25—50% dawki zasadniczej. W uśpieniu tem można wykonać cięcie skórne; eter zaczynamy podawać w czasie zaopatrywania naczyń skórnych tak, że w chwili otwierania otrzewnej sen jest już dostatecznie głęboki. Znacznie korzystniej jest podawać eter maską Ombredanne'a, gdyż dzięki działaniu bezwodnika kwasu węglowego pogłębia się wydatnie oddychanie.

Pamiętać należy, że jeżeli E.-N. służyć ma jako podstawowy środek do uśpienia, to należy rozpocząć podawanie środka dodatkowego, w czasie głębokiego snu ewipanowego. W ten sposób można bardzo małą ilością eteru otrzymać dostatecznie głęboki sen. Uśpienie eterowe rozpoczęte w czasie budzenia się chorej nie różni się wiele od zwykłego uśpienia eterowego.

Nie należy się zbytnio spieszyć z rozpoczęciem zabiegu i raczej doczekać chwili, kiedy nastąpi sen głęboki. Zauważyliśmy niejednokrotnie, że zbyt wczesne wykonanie cięcia, lub chwycenie skóry zapinką wywołuje dość energiczne odruchy obronne, trwające nieraz długo, mimo podania dużych dawek. Jeśli zaśnięcie nie nastąpi po podaniu 6—7 cm³, nie należy dalej podawać E.-N. lecz lepiej przejść do innego środka.

Chora po upływie czasu (30—50 minut) uśpienia budzi się dość szybko, bez żadnych dolegliwości związanych z innemi sposobami znieczulania ogólnego (wymioty, bóle głowy). Podmiotowe wrażenia uśpienia są wedle opowiadania wszystkich inteligentnych chorych bardzo przyjemne. Dość często utrzymuje się jeszcze kilka godzin po zabiegu senność, która zwykle jest nawet dość pożądana. Po podaniu dawek małych potrzebnych do badania, chore po upływie godziny mogą zupełnie dobrze chodzić o własnych siłach. Budzenie się można przyspieszyć podaniem zwłaszcza dożylnem koraminy, korpiryny, stiminolu oraz wdychiwaniem bezwodnika kwasu węglowego.

W przypadkach przez nas spostrzeganych, na około 100 uśpień, spotkaliśmy 2 chore na ewipan niewrażliwe, które po podaniu 1 g tego środka wykazywały jedynie nieznaczne odurzenie i podniecenie. Innych powikłań nie spostrzegaliśmy nigdy. Nie zaszła nigdy konieczność stosowania środków budzących. Chore nerwowe i niespokojne przed zabiegiem budzą się zazwyczaj wśród objawów podniecenia ruchowego.

Zbierając nasze doświadczenia z omawianym środkiem, możemy stwierdzić, że stanowi on niezmiernie cenny i ważny nabytek w operacyjnem leczeniu chorób kobiecych i położnictwie.

Brak wybitniejszych działań ubocznych, a przedewszystkiem szybkie i spokojne zasypianie, szybkie budzenie się bez wymiotów i zamroczenia, nieznaczne działanie na narząd krążenia i oddychania, pozwalają zaliczyć E.-N. do rzędu najcenniejszych środków usypiających.

BIBLJOGRAFJA.

Artykuły oryginalne w czasopismach.

Piśmiennictwo polskie.

Nowiny Lekarskie. Z. 3. 1936. Jaffe Z.: Leczenie wrzodów trawiennych wyciągiem z trzustki. — Weissglas J.: O mechanizmie opadania krwinek czerwonych. — Granatowicz J.: Rzadki przypadek przerzutu raka sutka do śródpiersia przedniego u osoby młodej w okresie ciąży. — Mastyńska M.: Król Stanisław August Poniatowski jako protektor medycyny i lekarzy.

Medycyna. Nr. 3. 1936. Zembrzuski L.: Zagadnienie życia, zdrowia i choroby z punktu widzenia współczesnej filozofji przyrody i medycyny. — Koszla M.: Wpływ lotów nocnych na układ krążenia lotników. — Stiller A.: Wątroba w schorzeniach gośćcowych. — Hirszberg St.: Żółtaczka w przebiegu leczenia arsenobenzolami.

Nowotwory. T. X. Nr. 1—4. 1935. Tur J.: Studja nad nowotworami u zarodków.

Medycyna Doświadczalna i Społeczna. T. XX. Z. 3—4. 1935. Hermanowicz W. i Łozowski J.: Badania nad wykładnikiem wodorowym podłoża Besredki w zakresie alkalicznym. — Wolberg A.: Zawartość azotu w zawiesinach bakteryjnych. — Hocherman-Bermanowa P.: Spostrzeżenia nad obecnością w glebie drobnoustrojów tlenowych rozkładających błonnik. — Jakóbkiewicz J.: Badania zjadliwości i toksyczności pałeczek okrężnicy. — Wolkenhejmówna S.: Spostrzeżenia wpływu insuliny na niektóre własności drobnoustrojów. — Sierakowski S.: Zależność rozwoju bakterjofagów od ilości bakteryj i od ilości bakterjofagów. — Janicki S.: Wpływ sztucznie obniżonego ciśnienia na ilość ciałek białych i płytek krwi. — Taffet J.: Znaczenie pochodzenia płynów surowiczych dla hodowli ziarenkowców wiewiórowych. — Czarnocki W.: Rozpoznania kliniczne w oświetleniu rozpoznań anatomiczno-patologicznych. I. Kamica i rak pęcherzyka i dróg żółciowych. — Szeynman M.: Momenty rasowe i społeczne w zachorowalności i uodpornialności w błonicy. — Rajchman A.: Czy różnice w zachorowalności i uodpornialności przeciw błonicy żydów i chrześcijan skonstatowane w pracy Dr. Mieczysława Szeynmana mogą być dziełem przypadku.

Medycyna Praktyczna. Z. 1. 1936. Pająk J.: Sterylizacja eugeniczna. — Łobacz St.: Dur brzuszny w ostrem zapaleniu woreczka żółciowego i przewodów żółciowych. — Cieślak J.: Przypadki schorzeń durowych z ujemnym odczynem Widala.

OCENY.

Traité de Chirurgie d'urgence. FELIX LEJARS. Wyd. IX. Paryż, Masson et Cie. 1936.

Powszechnie znane i uznane dzieło Lejars'a, doczekało się, po śmierci autora (1932), dziewiątego wydania, które przygotowali uczniowie mistrza, Pierre Brocq i Robert Chabrut. Pierwotnie pomyślane jako podręcznik chirurgji nagłych wypad-

ków, ograniczało się dzieło Lejars'a do szczegółowego i dla lekarza praktycznego przystosowanego opisu postępowania przy leczeniu ran, tamowaniu krwotoków, przy zwichnięciach i złamaniach kości, przy leczeniu przepuklin, niedrożności przewodu pokarmowego, *appendicitis*, zapalenia otrzewnej, uszkodzeń narządów moczo-płciowych i t. p. z dodatkiem krótkich, a przeważnie bardzo trafnych wskazówek rozpoznawczych.

Wydanie pierwsze 1899 r., zostało rozchwytane przez chirurgów całego świata i spotkało się z powszechnym entuzjazmem. Istotnie dzieło to łączy w rzadki sposób owoce wielkiej nauki i długoletniego doświadczenia z wprost genjalnem odczuciem tego, co potrzebne jest lekarzowi praktycznemu, szczególniej na prowincji, gdzie nie może się poradzić doświadczeńszego kolegi i z niezwykłym darem przystępnego a przytem niebanalnego wykładu. Wielka ilość oryginalnych rycin (482) i fotografij (103) dodawała dziełu przejrzystości i ułatwiała lepsze zrozumienie tekstu; było też dzieło to unikatem w literaturze światowej.

W miarę zwiększającego się wciąż zapotrzebowania pojawiały się w krótkich odstępach czasu dalsze wydania za każdym razem troskliwie i skrupulatnie ulepszane, i zgodnie z postępem diagnostyki i techniki rozszerzane. Rozszerzył się także zakres chirurgji nagłych wypadków. Okazało się, że cały szereg chorób, jak schorzenia trzustki, dróg żółciowych, wrzody żołądka i t. p. wymagają nieraz szybkiej decyzji terapeutycznej i stanowią wskazanie do zabiegów, jeżeli nie nagłych, to w każdym razie pilnych. Dodawał więc Lejars corazto nowe rozdziały, nowe sposoby badania, nowe wskazówki rozpoznawczo-różniczkowe, i nowe techniki operacyjne, opatrzone przepięknemi rycinami i coraz liczniejszemi zdjęciami rentgenowskiemi.

Obecnie, w 3 lata po śmierci zasłużonego autora, uczniowie jego, Brocq i Chabrut wydali nowe, gruntownie przejrzane i uzupełnione, dziewiąte wydanie podręcznika. Stanowi ono gruby tom o 1299 stronicach i zawiera 1250 wybornych i instruktywnych rycin. Zatem tekst zwiększony o przeszło 500 stronic, a ryciny o przeszło 700. Wspominam o tem, aby wskazać, że zwrócono szczególną uwagę na uprzystępnienie i jasność wykładu. W szczególności opracowane są zupełnie na nowo rozdziały o seroterapji, o uszkodzeniach wątroby i dróg żółciowych, o rozpoznaniu różniczkowem przy pneumokokowem zapaleniu otrzewnej, o ostrem zapaleniu trzustki, o zwężeniach przerostowych odźwiernika i t. d., całe zaś dzieło dokładnie uzgodnione z najnowszym stanem nauki i techniki. Wykład, jak i w poprzednich wydaniach jasny, zwięzły, bez niepotrzebnej frazeologji, tak, iż pomimo znacznej objętości dzieła, można bez przesady powiedzieć, iż ani jednego słowa ująć nie można.

Książka ta jest ogromnie pożyteczna i niezbędna dla każdego chirurga, choćby bardzo doświadczonego, a w jeszcze wyższym stopniu dla chirurga na prowincji, dla którego będzie dobrym przyjacielem i doradcą. Należałoby pomyśleć o przyswojeniu tego dzieła literaturze polskiej.

S. Ruff (Lwów).

Patologja, Diagnostyka i Terapja. Podrecznik dla lekarzy i studentów. Pod redakcją Prof. Dr. Feliksa Malinowskiego i Prof. Dr. Zenona Orłowskiego. Nakładem Warszawskiej Ajencji Wydawniczej „Delta". 1936. Tom I. Str. 1069. Tom II. Str. 1088.

Przyznać się muszę, że z dużą nieufnością przystąpiłem do przeczytania i oceny tego nowego dzieła, wydanego nakładem bardzo ruchliwej ajencji wydawniczej „Delta", która polskiemu piśmiennictwu lekarskiemu przysporzyła już niejeden wartościowy podręcznik dla lekarzy i studentów. Charakter encyklopedyczny książki *„a priori"* nie usposabiał mnie zbyt życzliwie dla tego wydawnictwa. Ale wobec dzisiejszych dążności do powołania spowrotem typu lekarza ogólnego, t. zw. domowego, przecież znajduje pewne uzasadnienie dążenie do stworzenia encyklopedycznego podręcznika medycyny, zwłaszcza, jeżeli w niem nie widzi się błędu tego typu książek, t. j. zbyt powierzchownego i popularnego przedstawienia sprawy. Redaktorzy omawianego podręcznika starają się tego uniknąć i to w przeważnej części z dobrym skutkiem.

Wychodząc ze słusznego założenia, że medycyna wewnętrzna i z nią związane choroby wieku dziecięcego, stanowią największy dział pracy lekarza praktycznego, tym gałęziom medycyny redaktorzy poświęcają prawie cały przeszło tysiąc stronic zawierający I tom wydawnictwa i tym działem zajmę się przedewszystkiem. Na początku czytelnik znajdzie zwięźle a jasno przedstawiony tok badania lekarskiego, który mu posłużyć może rzeczywiście z korzyścią w życiu praktycznem. W dalszej części, dotyczącej badań laboratoryjnych, bardzo krótko podane są podręczne sposoby badania moczu, krwi, kału i t.d., ale brak określenia wartości praktycznej tych badań umniejsza wartość tego ustępu. Choroby zakaźne znalazły jasne opracowanie i to przez jednego z doskonałych znawców tego przedmiotu. W rozdziale o chorobach serca i naczyń krwionośnych nie mógłbym się zgodzić na niektóre twierdzenia. Niesłusznem jest, że w zawale miejscowym w okolicy pęczka przedsionkowo-komorowego może rozwinąć się oddech Cheyne-Stokesa, bo to nie zgadza się zupełnie z faktami. Pogląd na choroby dróg oddechowych zawiera następny rozdział. W dziale o schorzeniach układu trawiennego wybija się na pierwszy plan część ogólna, a leczenie w części szczegółowej znajduje większe uwzględnienie niż w działach poprzednich. Zbyt może zwięźle wypadło opracowanie chorób przemiany materji i awitaminoz. W następnych dwóch częściach czytelnik zorjentuje się w schorzeniach krwi i układu krwiotwórczego jak i w chorobach nerek. Dobrze opracowany jest dział chorób narządu ruchu, gdy następny, dotyczący gruczołów wkrewnych jest zbyt pobieżny. Bardzo wątpię czy lekarz praktyczny będzie miał jakąś korzyść z przedstawienia schorzeń układu nerwowego i psychjatrji. W następnym ustępie są przedstawione choroby wieku dziecięcego, a zakończenie pierwszego tomu stanowi encyklopedyczny spis uzdrowisk polskich.

W tomie drugim z prawdziwą korzyścią przeczyta praktyk ten dział chirurgji, gdzie znajdzie dużo uwag dotyczących podręcznego leczenia chirurgicznego. Będą mu przytem pomocne dość liczne szematyczne rysunki, podane przez autora. Część dalsza podręcznika, zajmująca się urologją, powinna wystarczyć dla lekarza praktycznego. Przy omawianiu chorób skórnych starał się autor przedstawić najważniejsze postacie chorobowe, podając główne wskazówki lecznicze, które mogą być drogowskazem w postępowaniu podręcznem lekarza. Więcej korzyści będzie można osiągnąć z ustępu dotyczącego chorób wenerycznych, zwłaszcza, że kiła znalazła tu dość obszerne omówienie. W dziale chorób oczu autor zaznacza, że chce lekarza praktycznego zapoznać z najważniejszemi cierpieniami, ażeby mu dać wskazówki zwłaszcza dla zorjentowania się, kiedy chorego skierować należy do specjalisty, a nie lekceważyć sobie choroby i leczenia, które nigdy nie może polegać na zasadzie *„ut aliquid fieri videatur"*, gdyż to grozi nieraz oślepieniem chorego. Bardzo pobieżnie są przedstawione choroby nosa, gardła, krtani i uszu. Dobrem opracowaniem odznacza się położnictwo. W przypadkach niejasnych lekarz praktyczny znajdzie tam wskazówki potrzebne mu w praktyce. Trudny do opracowania z korzyścią dla praktyka jest dział dotyczący ginekologji. Praktycznie najważniejsza sprawa wczesnego rozpoznawania rozwijającego się raka macicy wypadła za krótko i mało przejrzyście. Wątpię czy jaką korzyść przyniesie lekarzowi praktycznemu ustęp o chorobie nowotworowej (onkologji). Zakończenie drugiego tomu stanowią ustępy omawiające pierwszą pomoc w przypadkach nagłych, zatrucia i sprawa gazów bojowych.

Jak wynika z tego zestawienia treść całego podręcznika jest obfita. Opracowanie we wielu częściach jest jasne, nieraz jednak zbyt zwięzłe tak, że przypomina t. zw. repetytorja. Lekarz praktyczny znajdzie tam jednak dużo wskazówek, które mu ułatwią orjentację w życiu praktycznem.

Wreszcie muszę poruszyć i sprawę wad, które rzucają się w oczy. Nie mogę uważać jako korzystne, że całe dzieło jest opracowane prawie tylko przez siły, pochodzące z jednego ogniska naukowego i to nieraz nie przez najwybitniejszych specjalistów. Brak mi nazwisk pracowników lekarskich z innych ognisk uniwersyteckich, które również dają rękojmię doskonałego przedstawienia przedmiotu. Wtedy może między innemi nie znalazłoby się twierdzenie, że w Polsce „dzioby" po ospie są częstsze niż na Zachodzie, bo to twierdzenie nie jest słuszne o ile chodzi o Wielkopolskę i Małopolskę, gdzie szczepienie przeciwospowe od wielu lat jest właściwie obowiązkowe i ogólnie wykonywane. Drugą wadą książki jest brak ujednostajnienia w całej książce polskiego mianownictwa lekarskiego. Niektóre ustępy rażą przytem ogólnemi błędami językowemi, a przecież powinniśmy nauczyć się już szanować nasz literacki język naukowy. Czy nie dobrze byłoby w ostatecznej redakcji poradzić się polonistów, co w niektórych ogniskach naukowych lekarskich wchodzi coraz bardziej w użycie. Niedopuszczalne jest już dziś w książce naukowej wyrażenie „adenity", „pleuryty" i t. d. Rażą mnie wyrażenia, że jakaś sprawa „pociąga za sobą objawy", dalej „wyciąganie wniosków", bo to jest dosłownie wzięte z niemieccczyzny i to niepotrzebnie. Niezgodnym z duchem języka polskiego jest wyraz „zapodejrzenie", „trzymające się przyspieszenie tętna" i t. d. Korzystne także byłoby unikanie wyrażenia „pojedynczy człowiek", „pojedyncza tętnica", bo wyraz pojedynczy jest przeciwstawieniem do podwójny, potrójny i t. d. czego tu nie mamy na myśli. Podnieść jednak należy, że przeważna część książki jest bez zarzutu pod względem językowym. Uderza wreszcie w książce dość duża liczba błędów korektalnych, które tylko w części w dodatku zostały poprawione. Pozostały jednak niepoprawione błędy mogące łatwo mylić czytelnika. Między innemi na str. 61 zamiast „przerost serca" po-

winno być „przerost sterczu", na str. 249 zamiast „zdolności respiracyjnej skóry" powinno być „zdolności perspiracyjnej" i t. d. Błędy te są winą redakcji.

Pomimo pewnych błędów, dzieło w całości powinno być przyjęte z dużą życzliwością przez lekarza praktycznego, bo może ono stanowić pomoc w zawiłych przypadkach chorobowych życia codziennego. Dodam, że strona zewnętrzna dzieła jest bez zarzutu, a ceną jego jest niewygórowana, co jest zasługą przedewszystkiem wydawców, t. j. ajencji „Delta".

M. Franke (Lwów).

PRZEGLĄD PIŚMIENNICTWA.

Biologja.

Wpływ zubożenia w tlen powietrza na zawartość białek we krwi. FUSAO KASUGAI. Tohoku Journal. V. 27. Str. 487, 505.

Wdychanie powietrza ubogiego w tlen wywołuje we krwi psa obniżenie zawartości albumin, podwyższenie globulin i azotu pozabiałkowego. Ciśnienie osmotyczne krwi spadło pod wpływem braku tlenu. Podobny wpływ wywierał nadmiar kwasu węglowego w powietrzu. Zawartość kwasu węglowego krwi spada, występuje kwasica. Jednocześnie czas opadania ciałek krwi się zmniejsza.

Przy uszkodzeniu wątroby powtarzają się pod wpływem braku tlenu, albo nadmiaru CO_2 te same zjawiska.

W. Moraczewski (Lwów).

Stosunek katalazy do zawartości tlenu w anemjach. TAITI KUMAGAI. The Tohoku J. V. 27. Str. 262.

We wszelkiego rodzaju małokrwnościach, upustach krwi, zatruciach i t. d. powiększa się we krwi katalaza i glutation, maleje zawartość CO_2 i pH. *W. Moraczewski* (Lwów).

Zachowanie się ciśnienia osmotycznego krwi w czasie gorączki. KENJIRO TAKEDA. The Tohoku J. V. 27. Str. 325.

Podwyższenie ciepłoty wywołane zarówno przez naftylaminę jak przez zakażenie doprowadza do zmniejszenia ilości białek i ciśnienia osmotycznego krwi, ale czasami ciśnienie osmotyczne wzmaga się pomimo spadku ciał białkowych.

W. Moraczewski (Lwów).

Wpływ ciepłoty zewnętrznej na zawartość cukru u królików po nakłuciu ośrodka cieplnego. KAMO ITIKAWA. The Tohoku Journ. Vol. 27. Nr. 5. Str. 473.

Po nakłuciu ośrodka cieplnego w mózgu, króliki poddawane działaniu wyższej ciepłoty wykazują powiększenie cukru we krwi do 0.2%, kiedy ani nakłucie samo do przecukrzenia krwi nie prowadzi, ani ogrzanie samo u normalnych królików nie jest w stanie wywołać przecukrzenia krwi. *W. Moraczewski* (Lwów).

Zmiana w ilości płytek po podaniu witaminy B. JUN. KIMURA. The Tohoku Journ. Vol. 27. Nr. 5. Str. 374.

Wczesną awitaminozę B poznaje się po zwiększeniu płytek krwi. *W. Moraczewski* (Lwów).

Patologja.

Czy możliwe jest u człowieka wyjałowienie na drodze hormonalnej? K. OGASAWARA. Isen, Tom 1. Nr. 2. Str. 13—15. 1935.

Autor podawał myszom przez 3 tygodnie tabletki androstiny i stwierdził u nich znaczne obniżenie zdolności zajścia w ciążę oraz przybytek na wadze; to ostatnie zjawisko występuje także u osobników męskich, które karmiono androstiną. Wyjałowienie oraz przybytek na wadze występuje zatem nietylko przy podawaniu androstiny w zastrzykach, lecz także doustnie. Ponieważ ilość androstiny podawanej myszy wynosiła 0,1 g na 10 gramów wagi ciała, przeto doustna dawka u człowieka musiałaby być bardzo duża. Z tego powodu hormonalne wyjałowienie kobiety doustnie nie wchodzi w rachubę. *W. Kurowski* (Warszawa).

Mikrobiologja i serologja.

Extrait du Bulletin de l'Académie Polonaise des Sciences et des Lettres. Classe Médecine. Cracovie 1935. La flore de la vésicule biliaire dans l'ostéomyélite produite par le bacille d'Eberth-Gaffky par M. LANDESMAN.

W dwóch przypadkach przy zapaleniu szpiku kostnego wyhodował autor z pęcherzyka żółciowego drobnoustroje nietypowe z grupy durowej - rzekomodurowej, które po dokładnem zbadaniu najbardziej odpowiadały *b. faecalis alcaligenes.*

W obu przypadkach wyhodował ze szpiku kostnego laseczki duru brzusznego.

Podczas dalszego badania jednego ze szczepów, wyhodowanych z pęcherzyka żółciowego okazało się, że uległ on przemianie, zbliżając swe własności morfologiczne, biochemiczne i biologiczne do drobnoustrojów grupy duru rzekomego B. Pod względem serologicznym najbardziej przypominał szczep „Wrocław" (Breslau).

Ponadto szczep pierwotny uległ na pożywce Loefflera rozszczepieniu na 2 szczepy, z których jeden odpowiadał w zupełności laseczkom durowym, wyhodowanym ze szpiku kostnego, drugiego nie udało się podporządkować pod żadną grupę.

Guttreundówna (Kraków).

Choroby wewnętrzne, nerwowe i dziecięce.

Bakterjologiczne rozpoznawanie gruźlicy u ludzi. E. PIASECKA-ZEYLAND. Gruźlica. Rok X. Nr. 2—3.

Autorka przedstawia badania wszystkich sposobów wykazywania gruźlicy w materjale, omawiając zarówno poszczególne sposoby i wyniki jakie dawały, jak również wyniki uzyskiwane w zależności od materjału badanego. Omawiając wkońcu wartość metod bakterjologicznego rozpoznawania gruźlicy i zastosowania ich do celów specjalnych, autorka dochodzi do wniosków, że dla rozpoznawania bakterjologicznego gruźlicy należy brać pod uwagę wyłącznie prątki Kocha, mimo dążeń licznych autorów, chcących obalić jego znaczenie, jako jedynego czynnika wywołującego gruźlicę; przyczem co się tyczy wyboru materjału do badania, to należy przedewszystkiem pobierać materjał wprost z ogniska choroby, lub jego pobliża, w razie zaś niemożności uzyskania materjału wprost z ogniska należy go pobrać z miejsca służącego za naturalny zbiornik tego materjału, dbając przytem o jaknajmniejsze zanieczyszczenie go innemi bakterjami. Materjał, w którym prątki występują niestale i w małych ilościach, lub gdzie ulegają zmieszaniu z ciałami zawierającemi liczne bakterje, nie nadaje się do badania. Co się tyczy sposobów bakterjologicznego stwierdzenia prątków, to najszybsze, lecz najmniej pewne wyniki dają badania bakterjoskopowe, czulszą i pewniejszą jest hodowla, odgrywająca dużą zwłaszcza rolę dla stwierdzania prątków niezjadliwych, wreszcie najczulszym sposobem dającym zupełnie pewne rozpoznanie jest zakażanie świnek morskich. *A. Donhaiser* (Katowice).

Odosobniona splenomegalja gruźlicza i gruźlica wątroby. I. KOWALCZYKOWA. Gruźlica. R. X. Nr. 3.

Autorka przedstawia przypadek z Zakładu Anatomii Patologicznej Uniw. Jag., w którym na sekcji stwierdzono odosobnioną gruźlicę samej tylko śledziony i wątroby, bez żadnych zmian gruźliczych w miejscach normalnie spotykanego zakażenia pierwotnego. Przypadek zasługuje na szczególną uwagę, gdyż zmiany gruźlicze śledziony łączące się z powiększeniem jej do bardzo wielkich rozmiarów, jak to się stało w opisywanym przypadku, należą do wyjątkowych. Również rzadko tylko spotyka się większe ogniska serowate w wątrobie, jak w opisanym wypadku. Interesujące także i dość niezwykłe było usadowienie się zmian gruźliczych w ścianie przewodów żółciowych.

A. Donhaiser (Katowice).

Odma obronna. F. PAWŁOWICZ. Gruźlica. R. X. Nr. 3.

Autor omawia powstanie, przebieg i rokowanie odmy samoistnej w przebiegu gruźlicy płuc, dochodząc do wniosku, że na powstanie odmy samoistnej należałoby zapatrywać się nie jak na czynnik bezwzględnie wikłający rokowanie w gruźlicy, lecz raczej jak na odruch obronny ustroju. Rokowanie zaś oprzeć należałoby w takich przypadkach na stanie ogólnym ustroju, oraz na możliwości wtórnych powikłań zależnych od rodzaju powstałej odmy. *A. Donhaiser* (Katowice).

Przyczynek do rozpoznawania rozlanej, włóknistej gruźlicy płuc. Z. KUNCEWICZ. Gruźlica. R. X. Nr. 3.

Autorka przedstawia przypadek rozlanej, włóknistej gruźlicy płuc, omawiając niektóre jej cechy rozpoznawcze, oraz niebezpieczeństwo wynikające stąd dla otoczenia.

A. Donhaiser (Katowice).

Stanowisko nowoczesnego lekarza ftizjologa wobec udzielającej się gruźlicy płuc. A. BOROWSKI i Z. KUNCEWICZ. R. X. Nr. 3.

Autorzy omawiają zakres pracy i ruch chorych w poradni przeciwgruźliczej Wileńskiego Wojewódzkiego Towarzystwa Przeciwgruźliczego, poczem omawiają stanowisko jakie mają zajmować poradnie w przypadku poszczególnych okresów gruźlicy. Zdaniem autorów większość poradni niecelowo zajmuje się przedewszystkiem leczeniem (zresztą bezskutecznie) chorych z daleko posuniętemi, zadawnionemi sprawami, skutkiem czego zaniedbywani

są chorzy ze zmianami wczesnemi, nadającemi się do leczenia. Omówiwszy szczegółowo różne postacie gruźlicy i stanowisko, jakie zająć winny wobec nich poradnie przeciwgruźlicze, kończą szeregiem wniosków, mających na celu usprawnienie walki z gruźlicą i uczynienia pracy w poradniach bardziej celową i skuteczną. *A. Donhaiser* (Katowice).

W sprawie plastycznego zamknięcia otworu po laryngostomji. T. WĄSOWSKI. Gruźlica. R. X. Nr. 3.

Autor przedstawia przypadek, w którym do zamknięcia otworu po laryngostomji użył płatu skórno-okostnowo-kostnego, wziętego z kości piszczelowej. Gojenie odbyło się bez powikłań. *A. Donhaiser* (Katowice).

Porady seksualne. MAX POPPER. Sociálne Zdravotni Revue. Nr. 6. 1935.

Autor miał okazję stosowania androstiny tak drogą doustną jak i w postaci zastrzyków. Przy zaburzeniach u ludzi młodych tabletki dawały dobry skutek, przy zaburzeniach płciowych u ludzi ponad 50 lat stosował zawsze androstinę w postaci zastrzyków, wyniki otrzymywał zawsze dobre. *F. Mikulska* (Warszawa).

Chirurgja, położnictwo i ginekologja, stomatologja.

Leczenie zatrzymania moczu podczas połogu i po operacjach ginekologicznych (Doryl). EBERHARD SCHULZE. Münch. Med. Woch. Nr. 34. Str. 1358. 1935.

Autor systematycznie wypróbowywał Doryl Mercka (chlorek karbaminocholiny) w zatrzymaniu moczu, występującem często u położnic i po operacjach ginekologicznych. Jeżeli podawanie gorącej herbaty, stosowanie ciepła i wpływ sugestywny okazują się bezskuteczne, wstrzykuje się podskórnie 1 ampułkę Dorylu zawierającą 0,00025 g w pierwszym dniu po operacji (u położnic już w 8—10 godzin po porodzie). Działanie występuje przeważnie po 20—30 minutach. W razie potrzeby można po godzinie bez obawy ponownie wstrzyknąć. Czasami wystarcza doustne podanie Dorylu, mianowicie jednej tabletki zawierającej 0,002 g w 1—2-godzinnym odstępie czasu.

Autor wypróbował Doryl dotychczas w 279 przypadkach. Mniejszego powodzenia można spodziewać się po operacjach, w których w znacznym stopniu odkrywano i naruszano pęcherz (szycie przedniej części pochwy), oraz u położnic po długotrwałym porodzie (wąska miednica). Pozatem uzyskiwano korzystne wyniki. Autor podkreśla w końcowej części pracy, że zapomocą wstrzykiwań podskórnych Dorylu udaje się znacznie częściej, niż dotychczas stosowanemi środkami, zwalczyć zatrzymanie moczu podczas połogu, oraz po operacjach ginekologicznych i uniknąć tym sposobem wprowadzania cewnika. *Bader* (Warszawa).

W sprawie leczenia włókniaków i metropatyj hemoragicznych radem. HANS WEIGAND. Strahlentherapie. T. 54. Z. 3.

Autor jest gorącym zwolennikiem zakładania radu do macicy w przypadkach włókniaków i krwawień macicznych. Zalety tego sposobu leczenia w porównaniu do naświetlań promieniami Roentgena polegają na możności dokładniejszego dawkowania, szybszego zadziałania na krwawienie i większej ochronie jajników. Stąd też objawy wypadnięcia są bez porównania mniejsze. Skuteczność radu polega według autora na działaniu promieni beta niszczącem błonę śluzową, która nie ulega już zmianom cyklicznym. Promienie gamma działają natomiast na mięśniówkę a z drugiej strony wywołują jonizację krwi, zahamowując w ten sposób krwawienie. Technika autora polega na dokładnem wyskrobaniu macicy i natychmiastowem założeniu radu. Dawka wynosi 1600—2000 mgh. i daje dobre wyniki nawet w przypadkach mięśniaków dochodzących do wielkości głowy dorosłego człowieka. *Zb. Rychłowski* (Lwów).

Wyniki lecznicze raka kobiecego narządu rodnego w Państwowej Klinice dla Kobiet w Dreźnie za lata 1925—1929. H. BURCKHARDT. Strahlentherapie. T. 54. Z. 3.

W statystyce autora przypada na raka szyjki macicy 473 przypadków i to 135 grupy I, 177 grupy II, 124 grupy III, i 33 grupy IV. Z tych 473 kobiet poddano leczeniu 462. Wyleczonych pozostało po 5 latach 152 a więc 32.9%. Grupa I dała 56.3% wyleczeń, grupa II 33.9%, grupa III 10.5%, grupa IV 4%. Operowano sposobem Wertheima 77 kobiet i to 48 z grupy I a 29 z grupy II. Wyleczenie uzyskano w 43 przypadkach t. j. w 56%. Naświetlano promieniami Roentgena i radu 382 przypadki, w których wyleczono 108 czyli 27.9%. Na grupę I przypada 53.5% wyleczeń, na grupę II 31.7%, na grupę III 10.5%, na grupę IV 4%.

Na 64 przypadki raka trzonu operowano 12 i wyleczono tą drogą 6 czyli 50%. Naświetlano 52 chore, osiągając wyleczenie w 21 przypadkach czyli w 40.4%. Wynika z tego, że rak trzonu mało się różni złośliwością od raka szyjki, a naświetlanie bynajmniej nie daje lepszych wyników od zabiegu operacyjnego. Z 31 przypadków raka pochwy wyleczono radem 10 t. j. 32%. Na 31 przypadków raka sromu uzyskano operacją i naświetlaniem wyleczenie w 8 przypadkach t. j. w 26.7%. *Zb. Rychłowski* (Lwów).

Pierwotny złośliwy nowotwór mieszany (włókniako-kostniako-mięśniako-mięsak) sieci. W. STARZEWSKI i A. SYREK. Gin. Pol. T. XIV. Z. X—XII.

Opis przypadku nowotworu pierwotnego powstałego z sieci. Był to nowotwór złośliwy mieszany mieszczący się w sieci; nowotwór ten interesujący jest ze względu na obecność tkanki kostnej i na liczne przerzuty do narządów wewnętrznych. Nowotwór ten zdaniem autorów jest pochodzenia zarodkowego i powstał z komórek mezenchymalnych tego okresu życia zarodkowego kiedy z komórki mezenchymalnej mogą się tworzyć komórki o różnym kierunku różnicowania (Mikrofotografje). *M. Segal* (Lwów).

Kość ogonowa jako przeszkoda porodowa i postępowanie przy podobnem powikłaniu. K. HABBE. Ztsch. f. Geb. u. Gyn. B. CVI. H. 3.

Opis 4 przypadków. Na podstawie doświadczenia kliniki w Getyndze poleca autor w przypadkach wystającej ankylozy kości ogonowej bezkrwawą metodę usunięcia przeszkody. We wszystkich przypadkach poród ukończono przy pomocy kleszczy przyczem wystająca kość ogonowa z mniej lub więcej wyraźnym trzaskiem bez większych trudności odsunięta została ku tyłowi i w bok. Usunięcie kości ogonowej przed lub w czasie porodu drogą operacyjną, jest zbyteczne. *M. Segal* (Lwów).

Lekarz-praktyk a leczenie upławów. E. NITZSCHE. Zbl. f. Gyn. Nr. 38. 1935.

Autor osiągnął dobre wyniki w leczeniu upławów stosując preparat Provagin (P.). Skład tego preparatu podobny jest do preparatu Pyocid stosowanego z dobrym wynikiem w praktyce stomatologicznej przy ropnem zapaleniu śluzówki jamy ustnej, paradentozach. W skład preparatu wchodzą: Carvacol, Chlorcarvacrol, Carvochinonen, olejek eukaliptusowy i kamfora w roztworze alkoholowym; 4—5 kropel P. dodaje się do 3/4 litra wody do przepłókiwania. P. stosowany w tabletkach działa bakterjobójczo, hamuje sekrecję, działa pozatem przeciwzapalnie i ściągająco.

Autor zakładał tabletki P. głęboko do pochwy we wziernikach, co drugi dzień, poczem zakładał tampon. P. może być stosowany również w postaci przepłókiwań.

Autor stosował P. w 65 przypadkach między innemi w 14 przypadkach rzeżączki i z wyników jest bardzo zadowolony. *M. Segal* (Lwów).

Przypadek gruźlicy pochwy. VITUS DEPPICH. Zbl. f. Gyn. Nr. 38. 1935.

U pacjentki 22-letniej ze zmianami gruźliczemi w płucach stwierdzono w pochwie pomiędzy końcem *columnae rugarum* a *comissura posterior* owrzodzenie wielkości monety 2-markowej o brzegach nierównych, nieco podminowanych. Dno owrzodzenia pokryte nalotem, w otoczeniu niewielki naciek. Gruczoły chłonne pachwinowe niepowiększone. Badanie drobnowidowe wycinka próbnego wykazało typowe gruzełki z komórkami epiteloidalnemi i komórkami olbrzymiemi Langhansa.

Schottmüller specjalny nacisk kładzie na wykazanie typowych histologicznych zmian gruźliczych, a nie na wykrycie prątków gruźliczych, tem bardziej że wykrycie prątków często się nie udaje.

Pacjentka była leczona Roentgenem i otrzymała 4 razy po 20% HED i 2 razy po 30% HED. Wielokrotne badania kontrolne nie wykazały poprawy. *M. Segal* (Lwów).

Przyczynek do powstawania przetok sklepieniowo-szyjkowych na tle częściowej dziecięcości narządu rodnego. ZB. RYCHŁOWSKI. Gin. Pol. T. XIV. Z. X—XII.

Opis przypadku poronienia w V miesiącu ciąży; po usunięciu resztek stwierdzono w odległości mniejwięcej $2^1/_2$ cm od ujścia zewnętrznego otwór, przepuszczający 2 palce. Po 2 dniach stwierdzono pierścień tkanki martwiczej dookoła przetoki, który się rozszerzał, poczem martwica objęła całą tkankę między przetoką a ujściem, wreszcie nastąpiło oddzielenie się tkanki martwiczej i oczyszczenie rany. W przypadku tym z największem prawdopodobieństwem można było wyłączyć czynnik zewnętrzny, a więc próbę zabiegu, mającego na celu przerwanie ciąży. Natomiast stan narządu rodnego i wywiady przemawiają za częściową dziecięcością narządu rodnego, która była przyczyną powstania przetoki. *M. Segal* (Lwów).

Postępowanie lecznicze w złośliwych nowotworach jajników. J. SZYMANOWICZ. Gin. Pol. T. XIV. Z. X—XII.

Na podstawie 105 przypadków raka jajnika dochodzi autor do następujących wniosków: każdy nowotwór jajników, a tem bardziej podejrzany o zwyrodnienie złośliwe musi być operowany. Jakkolwiek dla rokowania nie jest rzeczą obojętną, czy uda się usunąć nowotwór całkowicie czy nie, to jednak w każdym przypadku dążyć należy do usunięcia jaknajwiększej ilości mas nowotworowych, a następujące po zabiegu leczenie energją promienną uzupełnia często niedostateczność samego zabiegu. Tylko połączenie leczenia operacyjnego z leczeniem energją promienną, może chorą uratować, a choćby tylko przedłużyć jej życie. Niema natomiast widoków na poprawę, o ile zastosuje się tylko jeden z powyższych sposobów leczenia. *M. Segal* (Lwów).

Terapja doodbytnicowa ginekologicznych spraw zapalnych. G. SZPOLJANSKIJ. Sow. Wracz. Gaz. Nr. 19. 1935.

Mechanizm przeciwzapalnego działania leków, wprowadzonych do odbytnicy jest następujący: tylna jama Douglasa i kiszka prosta tworzą układ osmotyczny, t. zn. istnieje między niemi pół-przepuszczalna błona zwierzęca (ściana kiszki prostej i otrzewna). Jeżeli do *rectum* wprowadzimy roztwór płynu hipertonicznego, następuje ruch płynu z jamy Douglasa do *rectum*, co wpływa korzystnie na szybkie wessanie wysięku. Metodą tą leczono 1200 chorych.

Codziennie rano i wieczorem wprowadza się do odbytnicy po 50.0 cm³ podgrzanego 1% roztworu *Natr. salicyl.* W większości przypadków bóle stają się znacznie słabsze, a po 5—10 dniach ciepłota opada. Jeżeli bóle są bardzo silne wprowadza się 1—2% roztwór *Magnes. sulfuric.* który posiada pozatem działanie narkotyczne. O ile zachodzi konieczność dłuższego stosowania salicylu (powyżej 2 tygodni), zostaje zastąpiony silnie ogrzanym *Inf. Chamomillae vulg.* e 25.0—500.0 po 50.0 cm³. O ile są krwawe odchody *Sol. calc. chlor.* 5% po 50.0 cm³, ogrzane. Stosowanie salicylu w okresie ostrym przyczynia się do szybkiego wessania wysięku i obniżenia ciepłoty. Pod wpływem *Calc. chlor.* szybciej postępuje organizacja wysięku i ustalenie normalnego cyklu miesiączkowego, gdyż funkcja jajnika bezwarunkowo związana jest z jonami wapnia, tak jak funkcja tarczycy z jonami jodu. Możliwe, że dodatnie działanie wapnia na funkcję gruczołów płciowych polega na działaniu pośredniem przez układ współczulny. Jodek potasu sprzyja dokładniejszemu wessaniu przewlekłych spraw zapalnych miednicy małej. *M. Segal* (Lwów).

W sprawie trichomonas vaginalis. R. ZETEL. Sow. Wracz. Gaz. Nr. 19. 1935.

Wydzielina z pochwy nie wymaga badania *ex tempore*: obserwowano ruchy rzęsistka pochwowego po podgrzaniu kropli do 35—37° po upływie 3—4 godzin od chwili pobrania wydzieliny. Z ogólnej liczby 249 przypadków *colpitis* znaleziono rzęsistka pochwowego w 109 przypadkach (45.8%), z tej liczby 44% u ciężarnych.

Autor stosuje dawno znany zresztą sposób leczenia, polegający na stosowaniu sublimatu w postaci przestrzykiwań (1:1000) w ciągu 7—8 dni, później wycieranie pochwy i sklepień 10% roztworem boraksu w glicerynie. Najlepsze wyniki uzyskano u kobiet w *praeclimax* i u kobiet niebędących w ciąży. U ciężarnych leczenie przedłużało się do 6—8 tygodni. U ciężarnych nie przestrzykiwano pochwy sublimatem natomiast wycierano ściany pochwy roztworem lapisu (3—5% i 10% a kanał szyi 5%). Jeżeli powtórne badania już nie wykazywały rzęsistka pochwowego, przestrzykiwano pochwę 10% kwasem mlekowym jeszcze w ciągu miesiąca. W ostatnich czasach stosuje autor wstrzykiwania do pochwy 5—6 cm³ Biolaktinu. Cały arsenał dotychczas znanych i stosowanych środków nie daje zdaniem autora wyników zadawalniających: w przypadkach własnych miał autor 13% nawrotów.

Przy badaniu preparatów rzęsistka pochwowego barwionych metodą Grama, korzystniejsze jest barwienie kontrastowe 1% roztworem czerwieni obojętnej zamiast fuksyny.

M. Segal (Lwów).

Leczenie rzucawki porodowej hipertonicznym roztworem siarczanu magnezowego. D. BROWKIN. Sow. Wracz. Gaz. Nr. 24. 1935.

Materjał autora obejmuje 33 przypadki rzucawki porodowej za r. 1934, leczone wstrzykiwaniami siarczanu magnezowego. O skuteczności tego leczenia świadczą zdaniem autora: 1) ustanie napadów rzucawki po 1—2 wstrzyknięciach, 2) różnica w częstości napadów przed rozpoczęciem leczenia i w czasie leczenia, 3) *lucida intervalla* obserwowane po wprowadzeniu $MgSO_4$, 4) krótszy czas przebywania w szpitalu.

Szemat leczenia jest następujący: zastrzyk domięśniowy 20% $MgSO_4$ w ilości 30.0. Powtórny zastrzyk tej samej ilości po 4 godzinach. Następne wstrzykiwania w tych samych ilościach nie więcej jak 4 razy na dobę. Dieta głodowa z niewielką ilością wody ocukrzonej; w stanie nieprzytomnym 10% glukoza dożylnie w ilości 50—100.0; środki czyszczące, ogrzewanie okolicy serca; troskliwa opieka nad chorą. *M. Segal* (Lwów).

Patologja i klinika 60 przypadków raka jajnika pochodzenia gastro-enterogenicznego. G. OPITZ. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. B. CIII. H. 1.

W latach 1924—1934 w materjale Instytutu Patologicznego Uniw. Kliniki dla kobiet w Berlinie, stwierdzono 60 przypadków wtórnego raka jajnika. Z tych 60 przypadków w 22 zdołano wykazać ognisko pierwotne, przyczem w 11 przypadkach w czasie operacji, 6 razy w czasie prześwietlenia krótszy lub dłuższy czas po operacji i 5 razy w wyniku sekcji. Dane anamnestyczne i badania kliniczne w powyższych 60 przypadkach zwróciły uwagę na pewne okoliczności, które należy uwzględnić w przypadkach raka jajnika.

Przy najmniejszem podejrzeniu na wtórny rak jajnika należy chorą zbadać wszechstronnie, w razie potrzeby przy współudziale kliniki wewnętrznej i chirurgicznej, ażeby nie przeoczyć pierwotnego ogniska. W jednym przypadku autora stwierdzono rentgenologicznie raka żołądka w krótkim czasie po operacji; autor stwierdza, że badanie rentgenowskie przeprowadzone przed operacją umożliwiłoby usunięcie przerzutów do jajnika i ogniska pierwotnego w żołądku na jednem posiedzeniu.

Wtórne raki jajnika występują przeważnie obustronnie i można je rozpoznać na podstawie badania, którem się stwierdza że są twarde i guzowate *(grobhöckreig)*. Charakterystyczne, że w wielu przypadkach macica była wyjątkowo mała. Większość chorych zgłaszała się z objawami szybko rosnącego guza w brzuchu z mniej lub więcej silnemi bólami, które chore określają jako bóle żołądkowe. Jeżeli w podobnych przypadkach z wywiadów wynika, że u pacjentki uprzednio rozpoznawano *ulcus* lub *ca. ventriculi*, to istnieje duże podejrzenie na wtórny rak jajnika i pacjentkę taką należy jaknajdokładniej zbadać klinicznie. Pierwotne ognisko przerzutowych raków jajnika znajduje się tak często w przewodzie pokarmowym, że uwaga ginekologów winna być w tym kierunku skierowana. *M. Segal* (Lwów).

W sprawie pierwiastek 40-letnich i starszych. H. NEVINNY. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. CVI, H. 1.

W materjale Kliniki w Innsbrucku za ostatnich 11 lat ilość starych pierwiastek w wieku 40 lat i więcej wynosiła 0.42%. Przypadki miednic ścieśnionych i stanów rzucawkowych były względnie częste. Bardzo często następowało przedwczesne pęknięcie pęcherza; czas trwania porodu wahał się w bardzo szerokich granicach, wynosząc przeciętnie 32 godziny 20'. Wogóle poród u tych pierwiastek przebiega korzystniej aniżeli dawniej przypuszczano, jednakże wskazane jest odbycie porodu w warunkach klinicznych ze względu na niewątpliwie większe niebezpieczeństwo dla matki i dziecka spowodu częstych powikłań jak np. ścieśnione miednice, zaburzenia nerkowe, przedwczesne pęknięcie pęcherza, przedłużający się poród. Często spotyka się ujście niepodatne, które należy naciąć a nie rozciągać palcami. W 39 przypadkach rozwiązanie nastąpiło przez pochwę, w jednym przypadku zejście śmiertelne spowodu zatoru po porodzie kleszczowym. Śmiertelność dzieci wynosiła 20%, po odjęciu 3 płodów zmacerowanych i 1 z wadą rozwojową niezdolnego do życia 11.1%.

Ze względu na znaczne niebezpieczeństwo cięcia cesarskiego dla matek w starszym wieku, należy ten sposób rozwiązania stosować w wyjątkowych przypadkach. *M. Segal* (Lwów).

W sprawie rozpoznawania ostrego rozlanego ropnego zapalenia otrzewnej. K. SZCZUKAREW. Sow. Wracz. Gaz. Nr. 22. 1935.

W przebiegu rozlanego zapalenia otrzewnej (z. o.) odróżnić można 2 fazy: odruchową, z dominującemi objawami wiscerosensorycznemi (bóle) i wiscero-motorycznemi (napięcie powłok, czkawka, bóle), i drugą falę depresji i zatrucia z przewagą objawów zapaści sercowo-naczyniowej i depresji czuciowej i ruchowej. U chorych osłabionych schorzeniami poprzedzającemi z. o. jak np. rak, u chorych tyfusowych, z niedokrwistością złośliwą, objawy reflektoryczne mogą być bardzo słabo zaznaczone lub brak ich zupełnie, a stan zatrucia i depresji przeważa w całym przebiegu zapalenia otrzewnej. Ten brak typowych dla z. o. objawów jak bóle, napięcie powłok natomiast możliwe samoistne wypróżnienia, są przyczyną częstego nierozpoznania z. o., jak to ilustruje autor szeregiem przypadków sekcyjnych. Opierając się na materjale klinicznym i sekcyjnym dotyczącym zapalenia płuc pooperacyjnego stwierdza autor, że w całym sze-

iegu historyj chorób cała uwaga skierowana była na zmiany płucne, jako przyczynę śmierci podawano zapalenie płuc, natomiast sekcja wykazała ropne zapalenie otrzewnej. Są to przypadki, w których brak było napięcia powłok, bolesności a pomimo to z. o. już się rozwinęło. Natomiast niewielkie zmiany w dolnych płatach płuc rzadko kiedy są przyczyną ciężkiego stanu chorych, w praktyce jednak odwracają uwagę lekarza od rozwijającego się z. o. *M. Segal* (Lwów).

RUCH W TOWARZYSTWACH LEKARSKICH. — ZJAZDY.

Wydział Lekarski Poznańskiego T. P. N.

XII Zebranie z dnia 18 października 1935 roku.

Prezes Wydziału Kol. W. Kapuściński zagaja I zebranie powakacyjne powitaniem ks. Prefekta apostolskiego Ignacego Krausego z Shuntehtu (Chiny).

W komunikatach donosi prezes o zorganizowanej przez Zarząd Wydziału Lekarskiego wycieczce do wykopalisk w Biskupinie. Wycieczka odbyła się dnia 6. X. 1935 r. przy udziale członków Wydziału oraz ich rodzin.

Termin przyszłego zebrania Wydziału został ustalony na piątek, dnia 25. X. wspólnie z Oddziałem Polskiego Towarzystwa Pedjatrycznego.

Pokazy:

1. Kol. Hornowska-Kurkiewiczowa A. (członek Wydziału): *„Przypadek choroby Addisona“.*

Kol. H. przedstawia przypadek choroby Addisona u mężczyzny lat 36, dobrze odżywionego. Chorobę poprzedziła „grypa“, trwająca 7 miesięcy. Przed $1/2$ rokiem wystąpiły ciemnobrunatne plamy na skroniach i ciemne zabarwienie szyi oraz silne bóle głowy, trwające 2 miesiące. Przed miesiącem zjawiły się bóle w lędźwiach. W okresie choroby spadek wagi o 14 kg. Stwierdza się, poza ciemnem zabarwieniem odsłoniętych części skóry, okolicy narządów płciowych i odbytu oraz ciemno-niebieskich plam na śluzówce jamy ustnej, wybitną adynamję mięśni. Stałe przyśpieszenie tętna w pozycji stojącej, skłonność do niższej ciepłoty ciała, wybitne zagęszczenie krwi ze wzmożeniem mocznika i kwasu moczowego oraz zmniejszenie bilirubiny. Pozatem stwierdzono hipoglikemję. Próba wodna po małym wysiłku: ustrój zatrzymuje przeszło 50% wody. Wydalanie z moczem chlorków, kwasu moczowego i mocznika zmniejszone.

Przeczy rozpoznaniu jedynie wzmożenie chlorków we krwi oraz ciśnienie krwi w granicach: maks. 105—130 mm Hg, min. 65—80 mm Hg (Riva-Rocci).

Leczenie: Podawanie większej ilości cukru, soli oraz witaminy C. (Dokładny opis przypadku z podaniem wyników badań klinicznych zostanie ogłoszony w prasie lekarskiej).

Rozprawa: Kol. Lubieniecki (członek Wydziału): W związku z wywiadami chorego powstała myśl o możliwości przewlekłego zatrucia arsenem wskutek spożywania dużych ilości owoców przywożonych z zagranicy, o których krąży pogłoska, że są posypywane lub obryzgiwane arszenikiem w celach zapobiegania psuciu. Kto z Kolegów mógłby poinformować nas, czy rzeczywiście arszenik stosuje się w celach konserwacji owoców i czy może powstawać stąd niebezpieczeństwo zatrucia?

Kol. Łaszewski (członek Wydziału): Wyjaśnia, że dla konserwacji owoców popryskuje się je związkami miedzi.

Kol. Grossmannówna (członek Wydziału): Podaje jako przyczynek do uwag Kol. Lubienieckiego swoje spostrzeżenie: po spożyciu przez dwie osoby po pół jabłka kalifornijskiego obranego ze skórki nastąpiły objawy zatrucia już po 2 godzinach, polegające na silnych wymiotach, prostracji oraz biegunce. Przemawia to za działaniem toksycznem nawet małych dawek środka konserwującego.

Kol. Kucharski (członek Wydziału): radzi badać treść dwunastniczą (żółć) na obecność arsenu, gdyż z żółcią wydziela się więcej arsenu niż z moczem.

Kol. Hanasz (członek Wydziału): zapytuje, dlaczego nie stosowano w danym przypadku leku hormonalnego z kory nadnerczy, mianowicie Cortiny, która działa swoiście przy chorobie Addisona, choć jest to tylko terapja substytucyjna?

Kol. Hornowska-Kurkiewiczowa A. (członek Wydziału): *W odpowiedzi* Kol. Hanaszowi: leczenie hormonalne wyciągami z nadnerczy, jak *Cortin, Cortigone, Eucortin* nie było stosowane ze względu na duże koszty preparatów. Dobre wyniki daje również stosowanie preparatu Mercka *„Cebion“*, zawierającego witaminę C oraz zastrzyki roztworu wodnego cysteiny w dawce 0,2.

2. *Wykład* ks. Prefekta Apostolskiego I. Krausego: *„Działalność medyczno-misyjna w Polskiej Prefekturze Apostolskiej w Shuntehtu (Chiny)“.*

Prelegent przedstawia referat ks. misjonarza Dr. Szuniewicza, który przed wstąpieniem do zakonu O. O. Misjonarzy, był asystentem Kliniki Okulistycznej w Wilnie. Dzięki swej specjalności, ks. Dr. Sz. miał ułatwione zadanie misyjne, gdyż choroby oczu stanowią plagę Chin. Pracę nad wielkiem dziełem miłosierdzia w Shuntehtu zapoczątkowali misjonarze francuscy i włoscy. Dział jednak pomocy medycznej na tej placówce do czasu przybycia misjonarzy polskich był zupełnie nietknięty, toteż polscy misjonarze rozpoczęli od tej dziedziny swoją owocną działalność.

Pierwsi więc Polacy uruchomili ambulans oczny, przekształcili przytulisko na szpital oraz zaczęli kształcić odpowiedni personel. Już po 4 latach pracy stwierdzić było można wspaniały rozwój szpitala z liczbą 76 łóżek. Liczba dokonanych tam operacyj dochodzi do 730 rocznie, liczba chorych wynosiła w roku 1934/35 — 848. Spośród operacyj znaczny odsetek przypada na zabiegi przy jaskrze, często wykonuje się tam operacje plastyczne powiekowe, dużo też pracy i zabiegów poświęca się schorzeniu, które stanowi plagę Chin, mianowicie jaglicy, stosując polską metodę leczniczą Roztworowskiego. Również sprężyście zorganizowane są przychodnie na wzór naszych przychodni krajowych. Pomimo istnienia szpitala wojskowego, utworzona przez naszych misjonarzy przychodnia dla wojskowych, ze względu na fachową pomoc w chorobach oczu cieszy się dużem powodzeniem. Trzecia przychodnia ma za zadanie roztoczyć opiekę nietylko nad dzieckiem chorem, ale i zdrowem. Reszta przychodni w sumie 9-ciu udziela porad wyłącznie w chorobach ocznych. Kierownictwo oraz kontrola w przychodniach spoczywają w rękach fachowca lekarza misji. Poradnie oddalone są od siebie o 25 km, najodleglej położona przychodnia w Kiulu ma stać się w roku bieżącym „ośrodkiem zdrowia“. Aby wykształcić na miejscu odpowiedni personel fachowy, utworzono szkołę misyjną dla infirmarzy, którzy przechodzą tam dwuletnie studjum oraz praktykę. Wychowankowie tej szkoły wyznaczeni są nietylko do pracy medyczno-misyjnej w Prefekturze Shuntehtu, lecz i w wikarjatach sąsiednich np. w dalekich Pingliang (Kansu). Największy odsetek zarejestrowany przez lekarza w przychodni przypada na chorych dotkniętych jaglicą; dochodzi on do 42%. Z ogólnej liczby przypadków jaskry wynoszącej około 2% stwierdzić się dało, że choroba ta pojawia się w Chinach w wieku o wiele młodszym, niż w Europie, bo nawet poniżej 20 roku życia. Często rejestruje się też chorych dotkniętych zmianami swoistemi np. zmiany kiłowe oka. Do schorzeń na tle urazowem dochodzi w Shuntehtu bardzo rzadko, stoi to może w związku z zajęciami mieszkańców, którzy trudnią się wyłącznie rolnictwem. Co do środków leczniczych, to Chińczycy dysponują ogromną ilością ziół leczniczych, których tajemnicy pilnie przestrzegają, pozatem wyróżniają się oni w sztuce takich zabiegów, jak np. masaży lub nakłuć. Badania w kierunku ustalenia wad refrakcji są rzadko stosowane spowodu braku odpowiednich i kosztownych aparatów. Astygmatyzmem zajmuje się jedynie jeden lekarz. Reasumując działalność medyczną polskiej misji w Chinach, dochodzimy do wniosków następujących: 1) Dążeniem misji polskiej jest niesienie ulgi w cierpieniach tam, gdzie są najdotkliwsze, 2) misja polska pragnie dalszej współpracy ze społeczeństwem polskiem, aby móc owocnie pracować i przez współpracę i pomoc materjalną wznieść się ponad już istniejący fundament medyczno-misyjny w Shuntehf, 3) misja polska nawołuje do ofiarnej współpracy polski stan lekarski.

3. Kol. Borowiecki (członek Wydziału) *wygłasza wykład p. t.: „Wrażenia z Międzynarodowego Kongresu Neurologicznego w Londynie“.*

Prelegent przedstawił swe wrażenia z II Międzynarodowego Kongresu Neurologów w Londynie, a zarazem swego pierwszego pobytu w Anglji. W szczególności zobrazował odrębność organizacji świata lekarskiego w Anglji oraz warunki pracy neurologji angielskiej. Za godną szczególnego podkreślenia uważa współpracę neurologów z przedstawicielami innych specjalności w szpitalach neurologicznych w rozmiarach większych, niż to się dzieje gdzieindziej. (Wykład ogłoszony w Pol. Gaz. Lek. R. 1935. Str. 913).

4. Kol. Łabendziński (członek Wydziału) *wygłasza wykład p. t.: „Sprawozdanie ze Zjazdu Internistów Polskich w Łucku“.* (Wykład ukazał się w Nowinach Lekarskich).

Prezes: *W. Kapuściński.*
Sekretarz: *K. Stojałowski.*

Towarzystwo Lekarskie Częstochowskie.

Posiedzenie w dniu 22 grudnia 1934 roku.
Przewodniczy: Prezes Kol. Łokczewski.

1. Uczczenie 35-lecia pracy lekarskiej Kol. Wilhelma Mikulskiego.

a) Prezes Kol. Łokczewski uczcił Jubilata przemówieniem, podając na wstępie poniższy życiorys. Kol. Wilhelm Mikulski urodził się w dniu 3. X. 1869 r. na Wileńszczyźnie w rodzinie ziemiańskiej, gdzie żywe były tradycje narodowe i patrjotyczne mimo szalejącego po r. 1863 terroru moskiewskiego. Tradycje te potęgował powrót 2 stryjów powstańców z zesłania. Nic też dziwnego, że wzrastając w tej atmosferze Kol. M. już od III kl. gimnazjalnej należy do tajnych kółek samokształcenia. Po skończeniu gimnazjum w Mińsku Litewskim w r. 1891 Kol. M. zapisuje się na Wydział Przyrodniczy Uniwersytetu Warszawskiego, lecz już w r. 1893 na rozkaz władz zaborczych za udział w studenckich organizacjach politycznych musi przenieść się do Dorpatu i tu zapisuje się na Wydział Lekarski. Po złożeniu t. zw. *philosophicum* w r. 1895 na propozycję prof. Raubera pracuje w zakładzie anatomicznym w charakterze prosektora i za poradą tegoż prof. Raubera poświęca dużo czasu studjom chirurgicznym. Po uzyskaniu dyplomu w r. 1899 rozpoczyna pracę lekarską w t. zw. ziemstwie w guberrji witebskiej najpierw w małym szpitaliku ziemskim w osadzie Tałankino; tu w r. 1904 zapada na ospę naturalną, a następnie na dur brzuszny; wskutek czasowego osłabienia słuchu po durze otrzymuje stanowisko lekarza powiatowego w Dryssie, lecz, jako chirurg, wkrótce przenosi sie do szpitala ziemskiego w Połocku na stanowisko ordynatora oddz. chirurgicznego, a po 3 miesiącach lekarza naczelnego tego szpitala. W szpitalu tym pracuje do czasu wybuchu wojny światowej t. j. do r. 1914; stale doskonaląc się w swej umiłowanej specjalności t. j. chirurgji, kilkakrotnie wyjeżdża na kilkumiesięczne studja chirurgiczne: na 3 miesiące do Petersburga, gdzie pracuje u profesorów Ziemackiego i Pietrowa; w r. 1908 przez 8 miesięcy pracuje u znanego chirurga Adolfa Bergmana w Rydze; w 1909 r. wyjeżdża do Wiednia (do kliniki prof. Hochenegg'a i Eiselsberga) i do Krakowa, gdzie pracuje u prof. Kadera; w r. 1913 przez 2 miesiące pracuje w Berlinie u prof. Biera i w Szarlotenburgu u Fraenckla.

W tym też czasie rozszerza szpital w Połocku z 60 na 300 łóżek, budując pawilony chirurgiczny i zakaźny oraz wyposaża szpital w gabinety rentgenowski, bakterjologiczny i terapji fizykalnej. W r. 1914 zostaje powołany do wojska rosyjskiego i jako chirurg pracuje w szpitalach Czerwonego Krzyża. Po przewrocie bolszewickim w r. 1917 wraca do swego szpitala w Połocku, gdzie pracuje za okupacji niemieckiej jako naczelny lekarz tego szpitala. W r. 1919 przedostaje się do Warszawy i wstępuje jako ochotnik do Wojska Polskiego w randze kapitana lekarza. Po miesięcznym pobycie w Dęblinie 1. II. 1919 r. otrzymuje przydział na st. ordynatora oddz. chirurgicznego w Szpitalu Wojskowym w Częstochowie; w r. 1924 zostaje mianowany Komendantem tego Szpitala, a po kilku miesiącach Kierownikiem Rejonu Sanitarnego Częstochowa. W r. 1925 przechodzi w stan spoczynku w randze pułkownika-lekarza. Po przybyciu do Częstochowy przez $4^1/_2$ lata pracuje jednocześnie na Oddz. Chirurgicznym Szpitala N. Marji Panny, a od r. 1922 do dnia dzisiejszego jako ordynator Oddz. Chirurgicznego w Szpitalu na Zawodziu. Od r. 1922 pracuje też jako chirurg w miejscowej Kasie Chorych.

Za swą intensywną pracę lekarską i działalność obywatelską otrzymuje szereg odznaczeń: srebrny i złoty krzyż zasługi, gwiazdę i krzyż górnośląski, medale pamiątkowe za wojnę i na pamiątkę 10-lecia niepodległości.

Również czynny udział bierze Jubilat w życiu organizacyj lekarskich: jest członkiem Rady Izby Lekarskiej Krakowskiej, prezesem Obwodu Częstochowskiego Związku Lekarzy P. P., członkiem zarządu Częstochowskiego T-wa Lekarskiego.

W uznaniu zasług Szanownego Jubilata i dla uczczenia 35-lecia pracy lekarskiej Częstochowskie Towarzystwo Lekarskie uchwaliło w dniu 20. X. 1934 r. zaliczyć Go w poczet członków honorowych Towarzystwa.

Następnie przy gorącej owacji Kolegów Kol. Prezes wręcza Jubilatowi dyplom członka honorowego T-wa, życząc Mu dalszej owocnej pracy w umiłowanym zawodzie.

b) Kol. Batawia omawia działalność Jubilata, jako lekarza szpitalnego, podkreślając Jego wysokie zalety koleżeńskie, bardzo wysoką etykę lekarską, bezinteresowność, stałe pogodny nastrój i ciągłą gotowość do niesienia pomocy cierpiącym. Te cenne zalety zyskały Jubilatowi miłość i szacunek chorych, kolegów i całego społeczeństwa częstochowskiego.

c) Jubilat Kol. Mikulski dziękuje kolegom za ocenę jego pracy lekarskiej i społecznej i zwraca się do kolegów z apelem, wzywając do spoistości i dyscypliny w organizacjach lekarskich, gdyż tylko jedność i zgoda w obecnych tak ciężkich czasach mogą uchronić stan lekarski od klęski.

2. Kol. Goldman *pokazuje usunięty operacyjnie guz jajnika (sarcoma) wagi $5^1/_2$ kg.* Chora, lat 60, przed 8 miesiącami zauważyła, że brzuch jej stale rośnie. W czasie operacji stwierdzono przerzuty do otrzewnej ściennej.

3. Kol. Witold Zahorski z Warszawy *wygłosił odczyt p. t.: „Znaczenie układu nerwowego i czynników biologicznych w odporności".*

Wyniki badań lat ostatnich stwierdzają istnienie odporności u wszystkich istot żywych, począwszy od pierwotniaków, a kończąc na człowieku. Szczególnie szybkie uodpornienie występowało u gąsienic, niektórych owadów, co nasunęło przypuszczenie, że zjawiska odpornościowe mogą być uzależnione od układu nerwowego. Badania prowadzone w tym kierunku wykazały zarówno u owadów, jak i u kręgowców istnienie tej zależności. Dalszem potwierdzeniem roli układu nerwowego w odporności są badania Metalnikowa, który metodą odruchów warunkowych uzyskiwał odczyny odpornościowe u królików i świnek morskich. Badania te nie wyjaśniły jednak, w jaki sposób układ nerwowy wywiera swój wpływ na przebieg zjawisk odpornościowych. Wspomniany autor sądzi, że układ nerwowy oddziaływuje nie bezpośrednio, a rolę pośrednią mogą odgrywać między innemi prawdopodobnie i hormony.

W dalszym ciągu odczytu prelegent omówił piśmiennictwo dotyczące roli hormonów w odporności. Z przeszło 50 zebranych prac wynika, że układ gruczołów dokrewnych ma duży wpływ na przebieg zjawisk odpornościowych. Wiadomości są jednak niekompletne; stwierdzono bowiem, że tarczyca, śledziona, trzustka, gruczoły płciowe pobudzają odczyny odpornościowe zarówno komórkowe, jak i humoralne, pozatem wykazano dodatni wpływ kory nadnerczy na odporność humoralną, jednakże rola przysadki, szyszynki, przytarczyc, części rdzennej nadnerczy nie została wyjaśniona.

Celem przynajmniej częściowego uzupełnienia tych danych, prelegent przeprowadził ostatnio w Zakładzie Patologji Ogólnej i Doświadczalnej Uniwersytetu Warszawskiego (Kierownik Zakładu prof. Fr. Venulet) szereg badań wpływu hormonów na fagocytozę. Badania przeprowadzał w ten sposób, że wstrzykiwał królikom wyciągi poszczególnych gruczołów dokrewnych i określał zmiany wskaźnika fagocytarnego. Badania Kol. Zahorskiego wykazały, że wszystkie badane hormony zwiększały zdolność fagocytarną, w działaniu tem jednak różniły się między sobą siłą, szybkością i trwałością wpływu. Najsilniej działa kora nadnerczy, zwiększając fagocytozę o 100%, potem idzie insulina, dijodtyrozyna, przedni płat przysadki, tyroksyna, śledziona, folikulina, luteina, szyszynka, tylny płat przysadki, przytarczyca i adrenalina. Wpływ ten jest swoisty, gdyż próby kontrolne wykazały, że mleko, omnadyna i t. p. wzmagają fagocytozę w znacznie mniejszym stopniu.

Na podstawie otrzymanych wyników, uwzględniając prace innych badaczy, prelegent wyraża pogląd, że układ nerwowy oddziaływuje na fagocytozę za pośrednictwem układu dokrewnego. W zakończeniu prelegent podkreśla, że z badań jego wynika możliwość zastosowania opoterapji, jako nieswoistego środka, wzmagającego odporność w przebiegu chorób zakaźnych. Najbardziej odpowiedniemi do tego celu wydają się insulina lub wyciąg z kory nadnerczy. (Streszczenie własne).

W dyskusji zabrał głos kol. Wajnbaum: Bardzo interesujący referat Kol. Z. nasuwa pewne uwagi natury ogólnej. Nie wolno utożsamiać hormonów z wyciągami gruczołowemi. Wzrastająca coraz bardziej ilość odkrytych hormonów, znajdowanie w niektórych gruczołach wydzielania wewnętrznego wielu hormonów (np. w przysadce mózgowej) każą patrzeć na te sprawy z pewnym sceptyzmem. Zaledwie kilka hormonów (insulina, adrenalina, tyroksyna, folikulina) odpowiada, i to zgrubsza, wymaganiom bio-patologa czy klinicysty. Preparaty farmaceutyczne często są namiastkami hormonów oryginalnych (folikulina, estryna i t. p.). Z drugiej strony wyciągi gruczołowe też są niejednolite i działanie ich zależy od sposobu otrzymywania, domieszek i t. d. Interesującem więc i, być może, bardziej celowem byłoby badanie miana aglutynacyjnego i wskaźnika fagocytarnego u zwierząt z usuniętemi poszczególnemi narządami wewnątrzwydzielniczemi. Krzywe otrzymane przez autora możnaby otrzymać i po zastrzykach wyciągów wielu innych tkanek czy narządów, których do układu wewnątrzwydzielniczego nie można zaliczać (jak np. śledziony), zwłaszcza wskutek niemożności wyeliminowania wpływu podanego pozajelitowo białka czy innych składników podstawowych wyciągu.

Proponowanego przez prelegenta stosowania hormonów, czy wyciągów gruczołowych w chorobach zakaźnych próbowano

w klinikach zagranicznych, jednakże bez specjalnie dobrych wyników. Należy też pamiętać o przeciwwskazaniach (insulina, a golowość obrzękowa, tyroksyna, a chwiejność układu współczulnego i t. p.). Wogóle mamy dziś ogromną ilość przeróżnych środków leczniczych i metod leczenia, których działanie jest conajmniej wątpliwe. Objawy modnego obecnie t. zw. leczenia wstrząsowego (m. i. hemo-, lakto- ostatnio uroterapja) udaje się wywołać u niektórych („*vegetativ stigmatisierte Personen*") zapomocą zwykłego wstrząsu psychicznego np. przestrachu (Joltroin). Wpływ najwyższych ośrodków mózgowych na walkę ustroju z chorobą jest w dzisiejszym stanie wiedzy niedoceniany z oczywistą szkodą dla chorego. Mówca żałuje, że prelegent w swoim szeroko ujętym referacie tego zagadnienia nie poruszył. (Streszczenie własne).

W odpowiedzi Kol. Zahorski podkreśla niesłuszność zarzutu, że nie posługiwał się czystemi hormonami; właściwie dotychczas poza nielicznemi wyjątkami (adrenalina, folikulina) chemicznie czystych hormonów nie otrzymano. Nawet wewnętrzna wydzielina trzustki, uznawana doniedawna za hormon, dziś jest już uważana za mieszaninę kilku hormonów (insulina, wagotonina, hormon hipotensyjny). Zbytnia przeto skrupulatność w doszukiwaniu się czystych hormonów jest niebezpieczna, dopóki nie jest dokładnie znany chemiczny ich skład. Podobieństwo wyników otrzymanych po zastosowaniu różnych hormonów przemawia tylko za synergistycznem oddziaływaniem całego układu dokrewnego na odporność; nieswoistość tych wyników wykluczają przytoczone w odczycie próby kontrolne. Wreszcie, co się tyczy roli psychiki w procesach odpornościowych, to prelegent nie poruszał tego zagadnienia, jako niedostatecznie dotychczas zbadanego i niewiążącego się ściśle z tematem odczytu. Badania jednak lat ostatnich wykazują ogromne znaczenie psychiki w powstawaniu i w przebiegu chorób. Na dowód tego prelegent przytacza szereg badań przeprowadzanych przez lekarzy sowieckich nad rolą sugestji w lecznictwie. (Streszczenie własne).

Sekretarz: *Adam Borkowski.*

Towarzystwo Lekarskie Krakowskie.

Protokół posiedzenia naukowego z dnia 20 listopada 1935 roku.

Przewodniczący: Prezes Doc. Dr. Józef Szymanowicz otwierając nadzwyczajne posiedzenie administracyjne stwierdza brak przewidzianej statutem ilości członków koniecznej do przeprowadzenia zmiany statutu i wobec tego odkłada odbycie nadzwyczajnego posiedzenia administracyjnego w sprawie zmiany regulaminu do następnej środy, t. j. 27 listopada.

Następnie odbyło się zwyczajne posiedzenie naukowe Towarzystwa.

Odczytano i przyjęto protokół z poprzedniego posiedzenia Towarzystwa.

Kol. Wolański (gość T-wa) *omawia 2 przypadki schorzenia nerki dotkniętej wrodzoną dystopją, operowane na Oddziale Chirurgicznym Szpitala im. G. Narutowicza.* Przedstawia preparat drugiego przypadku. Chodziło o złożoną wadę rozwojową nerki. Nerka ta była nisko ułożona w okolicy lędźwiowej prawej. Była silnie spłaszczona i posiadała kształt zbliżony do dysku. Wymiar podłużny nerki wynosił 9, poprzeczny 5, przednio-tylny 2.7 cm, a waga nerki zaledwie 79 g. Wnęka szeroko otwarta i miedniczka znajdowały się na przedniej powierzchni nerki, jak we wczesnym okresie życia płodowego. Obraz miedniczki odpowiadał „*hemibassiner inferieur Hyrtla*", w której to postaci tylko duży dolny kielich jest rozszerzony w miedniczkę, podczas gdy kielich górny jest rozgałęziony. Wszystkie kielichy były ułożone pozanerkowo. Moczowód był niezwykle wąski i krótki, w części przypęcherzowej posiadał charakterystyczny dla embrjonalnego moczowodu fałd, który nie pozwalał na wprowadzenie cewnika moczowodowego. Nieprawidłowem okazało się również unaczynienie nerki. Chodziło pozatem o rozpoczynające się wodonercze, zapalenie miedniczki nerkowej i rozległe zmiany zapalne w miąższu nerki. Przypadek ten należy do bardzo rzadkich.

Dr. Jasieński Jerzy *wygłosił wykład p. t.: „O znieczuleniu w chirurgji".* (Przeznaczony do druku w całości).

W dyskusji: Kol. Drohocka podnosi duże znaczenie uśpienia *Evipan-Natrium* przy wykonywaniu niektórych zabiegów w neurologji.

Doc. Dr. Szymanowicz zaznacza, że godzi się z wywodami prelegenta, jednak nie jest zwolennikiem znieczulenia lędźwiowego na podstawie własnego doświadczenia. Podnosi za prelegentem duże znaczenie *Evipan-Natrium w ginekologji.*

Sekretarz: *Dr. Stefan Schwarz.*

Protokół posiedzenia nadzwyczajnego administracyjnego z dnia 27 listopada 1935 roku.

Przewodniczący: Prezes Doc. Dr. Józef Szymanowicz.

Odczytano i przyjęto protokół z poprzedniego posiedzenia (naukowego).

Odczytano zawiadomienie Zarządu Okręgu Krakowskiego Związku Lekarzy Słowiańskich o mającem się odbyć w środę 4. XII. zebraniu okręgowem.

Prof. Latkowski i Prof. Ciechanowski zwracają uwagę na ważność udziału członków Krakowskiego Towarzystwa w pracach Związku Lekarzy Słowiańskich.

Prof. Ciechanowski stawia wniosek, aby ze względu na małą frekwencję odłożyć sprawozdanie z Morszyna do następnego posiedzenia T-wa.

Wniosek przyjęto.

Dr. Karasiński zabrał głos w sprawie projektu zmiany regulaminu T-wa Lekarskiego Krakowskiego (Streszczenie własne).

Zmiana statutu Towarzystwa Lekarzy Polskich we Lwowie dokonaną została w dniu 30. VI. 1935 na Walnem Zgromadzeniu Delegatów T-wa Lekarzy Polskich po wielomiesięcznej pracy przygotowawczej, w której z ramienia Krakowskiego Towarzystwa Lekarskiego brali udział Prof. Dr. Stanisław Ciechanowski i Dr. Stanisław Karasiński. Zmiana statutu była konieczna nietylko ze względu na wymagania prawa o stowarzyszeniach (z 27. X. 1932), ale i potrzebę usprawnienia organizacji Towarzystwa wobec rosnącego zakresu jego prac. W nowym statucie warunki te zostały spełnione: statut ten pozwala również na powiększenie terytorjalnego zasięgu działania poszczególnych, a zwłaszcza zarejestrowanych oddziałów Towarzystwa. Oddziały Krakowski i Lwowski zachowały przytem całkowicie swoją dotychczasową pełną autonomję, w myśl zasad, które w latach 1880 i 1909 przyświecały „równoprawnej, dobrowolnej unji" Towarzystw Lekarskich Krakowskiego i Lwowskiego z Towarzystwem Lekarzy Galicyjskich. Zmian zasadniczych poczyniono niewiele. Należą do nich zmiana nazwy Towarzystwa, z której znikło wreszcie określenie „b. Galicji", wprowadzenie okresu 5-letniej kadencji przed nabyciem prawa o ubieganie się o wsparcie lub stały zasiłek roczny (§ 3), bardziej szczegółowe określenie kompetencji władz Towarzystwa, zwłaszcza zaś organu wykonawczego, jakim jest Rada Zawiadowcza, wkońcu zasady organizacji oddziałów. Przez usunięcie balastu zbyt drobiazgowych przepisów, które słusznie przerzucono do regulaminu, stał się statut nowy bardziej przejrzysty, a jego postanowienia o charakterze ramowym bardziej zdatne do wypełnienia żywą treścią pracy. Po zatwierdzeniu nowego Statutu przez Wojewodę Lwowskiego, co nastąpiło dnia 25. VII. 1935 okazało się koniecznem przeprowadzenie odpowiednich zmian także i w dotychczasowym regulaminie Krakowskiego Towarzystwa Lekarskiego. Zmieniono całkowicie brzmienie §§ dawnego regulaminu 1—4, 6-10, 27, 34—37, 39—41; częściowej zmiany doznały §§: 5, 13, 18, 19, 26, 31 i 42; skreślono §§ 11, 12, 43.

Referent omawia szczegółowe zmiany proponowane przez Komisję, uzasadniając potrzebę przeprowadzenia tych zmian. Następnie podkreśla wartość ściślej współpracy z Towarzystwem Lekarzy Polskich we Lwowie i korzyści płynące z należenia do Towarzystwa oraz proponuje dla ożywienia ruchu w Towarzystwie wydanie odpowiedniej odezwy do lekarzy na terenie Województwa Krakowskiego z zachętą do przystępowania do Krakowskiego Towarzystwa Lekarskiego w charakterze członków.

Proponowane zmiany regulaminu przyjęto bez dyskusji jednogłośnie.

Kol. Karasiński stawia wniosek: Nadzwyczajne posiedzenie administracyjne Towarzystwa Lekarskiego Krakowskiego wzywa Zarząd Towarzystwa do wydania odezwy do lekarzy na całym terenie Województwa Krakowskiego z zachętą do przystępowania do T-wa Lekarskiego Krakowskiego w charakterze członków.

Wniosek przyjęto jednogłośnie.

Sekretarz: *Dr. Stefan Schwarz.*

Zjazd Lekarzy Powiatowych i Miejskich Województwa Kieleckiego w Sosnowcu.

W dniach 24 i 25 stycznia b. r. odbył się w Sosnowcu Zjazd Lekarzy Powiatowych i Miejskich Województwa Kieleckiego. Zjazdy te odbywają się zwykle raz na rok, a celem ich jest wspólne omówienie ważniejszych zagadnień, dotyczących stanu sanitarnego terenu i warunków pracy w terenie. Zjazd ten miał dla lekarzy powiatowych i miejskich wojew. kieleckiego tem większe znaczenie, iż odbył się po przeszło dwuletniej przerwie.

W Zjeździe uczestniczyło około 70 lekarzy. Z ramienia Ministerstwa Opieki Społecznej przybył na Zjazd inspektor ministerjalny Dr. Kowarski, w zastępstwie P. Wojewody Kieleckiego P. Wicewojewoda Witkowski, Naczelnicy Wojewódzkich Wydziałów Zdrowia z Kielc, Krakowa i Katowic: PP. Dr. Dziewulski, Salak i Sęczyk, delegat Państwowego Zakładu Higjeny Doc. Dr. Przesmycki oraz ze Śląskiego Zakładu Higjeny Dyr. Doc. Dr. J. Adamski i Dr. Donhaiser, epidemjolog Zakładu.

Zjazd otworzył i zagaił Wicewojewoda Witkowski, witając uczestników w imieniu P. Wojewody, poczem powitał Zjazd w imieniu Departamentu Zdrowia M. Op. Społ. Inspektor Dr. Kowarski. Skolei witali Zjazd P. P. Prezydent miasta Sosnowca Kaczkowski, Dr. Budzyński w imieniu Ubezpieczalni Społecznej, Dr. Trawiński imieniem Towarzystwa Lekarskiego Zagłębia Dąbrowskiego, Dr. Zaborski w imieniu Towarzystwa Higjenicznego i Dr. Witkowski w imieniu Towarzystwa Przeciwgruźliczego Zagłębia.

Dr. St. Bawor, inspektor lekarski Urzędu Wojewódzkiego w Kielcach, złożył sprawozdanie z ogólnego stanu sanitarnego województwa. Województwo kieleckie pod względem sanitarnym nie przedstawia jednolitego terenu, lecz da się podzielić na dwie części, rolniczą i przemysłowo-górniczą, co ma duże znaczenie ze względu na zupełnie inne warunki sanitarne. Jeżeli chodzi o rozwój ostrych chorób zakaźnych, to najsilniej dotknięte były powiaty terenu górniczo-hutniczego, głównie powiat będziński. Rok 1934 w porównaniu z rokiem 1933 wykazuje wzmożenie się nasilenia chorób zakaźnych i tak np. w r. 1933 było zanotowanych 35 wypadków duru osutkowego, a w r. 1934 zanotowano 77 przypadków; liczba zachorowań na dur brzuszny z 1590 przypadków w r. 1933 wzrosła do 2348 w r. 1934, liczba zaś zachorowań na błonicę z 1468 do 2565.

Niewątpliwie na zwiększoną ilość notowanych przypadków złożyło się także sprawniejsze i dokładniejsze zgłaszanie chorób zakaźnych w 1934 r. w porównaniu do 1933 r.

Dużego wysiłku władz sanitarnych wymagała w r. 1934 akcja powodziowa. Powodzią dotknięte były najsilniej powiat sandomierski, potem iłżecki, kozienicki i opatowski, dzięki jednak intensywnej akcji zapobiegawczej w postaci odkażania i oczyszczania zalanych studzien i ustępów oraz masowemu szczepieniu ludności władze sanitarne nie zaobserwowały wybitniejszego wpływu powodzi na ostre choroby zakaźne zwłaszcza przewodu pokarmowego na terenach dotkniętych powodzią. Ludność tych powiatów początkowo, w obawie przed durem brzusznym chętnie dawała się szczepić, sama nawet dobrowolnie domagała się szczepienia, kiedy jednak dość znaczna ilość szczepionych silniej na pierwsze szczepienia zareagowała, szczepienia utraciły swoją atrakcję tak, że trzeba nawet było opornych przymuszać.

Po referacie Dr. Bawora, lekarze powiatowi i miejscy składali kolejno krótkie sprawozdania z najważniejszych swoich spostrzeżeń i poczynań w zakresie stanu sanitarnego oraz pracy lekarsko-sanitarnej w podległych im powiatach.

Jak ze sprawozdań tych wynika, we wszystkich powiatach praca sanitarna utrudniona jest dużemi brakami w budżetach samorządowych. Oszczędności budżetowe utrudniają w dużej mierze racjonalną opiekę sanitarną, zmuszając do redukowania lekarzy okręgowych i t. p. Prawie w całem województwie kieleckiem daje się wyraźnie odczuwać brak wody odpowiedniej do picia, a są nawet miejscowości pozbawione wogóle studzien tak, że wodę trzeba beczkowozami dowozić z miejscowości sąsiednich. Dużo do życzenia pozostawia również opieka lekarska nad szkołami; młodzież szkolna wykazuje dość znaczne wyniszczenie oraz braki w higjenie osobistej, wyrazem czego jest liczba dzieci zawszonych, dochodząca w niektórych miejscowościach do 30%. Dużą bolączką jest sprawa szpitalnictwa. Istniejące szpitale, są niewystarczające dla pomieszczenia wszystkich chorych, pozatem walczą one z wielkiemi trudnościami finansowemi. Braki w szpitalnictwie dają się zwłaszcza odczuwać w wypadkach odosabniania chorych zakaźnych. Mimo olbrzymich trudności, podkreślić trzeba starania i zabiegi zarówno lekarzy powiatowych, jak i władz sanitarnych wojewódzkich w dążeniu do zmniejszenia tych braków, do zorganizowania w miarę sił i możności jaknajwłaściwszej opieki sanitarnej nad całym terenem przez odpowiednie rozmieszczanie lekarzy wolno-praktykujących, organizowanie ośrodków zdrowia i przychodni do walki z chorobami społecznemi i t. p., wciągając do tej akcji zarówno gminy, jak i jednostki prywatne, tworząc towarzystwa przeciwgruźlicze, higjeniczne i t. d. Dzięki tej akcji można było usunąć niektóre, najdotkliwsze braki i podtrzymać ogólny stan sanitarny przed dalszem jego obniżeniem. Referat wygłoszony przez Dr. Dziewulskiego, naczelnika Wojewódzkiego Urzędu Zdrowia w Kielcach, o realizacji poczynań w dziedzinie zdrowia publicznego na najbliższy okres, zakończył część sprawozdawczą Zjazdu. Rozwinęła się bardzo żywa dyskusja nad poruszanemi zagadnieniami, w której udział wzięli prawie wszyscy uczestnicy Zjazdu.

W części referatowej Zjazdu Dr. J. Pietruszewski, lek. pow. w Miechowie, przedstawił w bardzo interesującym referacie organizację i rozwój ośrodków zdrowia w wojew. kieleckiem, podkreślając rolę, jaką odgrywają w podniesieniu opieki lekarskiej i społecznej nad ludnością województwa. Doc. Przesmycki z P. Z. H. w Warszawie, przedstawił sprawę zachorzeń utajonych, przebiegających bez żadnych objawów chorobowych i rolę, jaką odgrywają w szerzeniu się zaraz.

Część tę zakończył referat Dr. Molickiego, Naczelnika Wydziału Zdrowia Zarządu Miejskiego w Sosnowcu, o durze brzusznym w Sosnowcu, przedstawiający bardzo interesujące dane o rozmieszczeniu duru w poszczególnych dzielnicach, w zależności od zaopatrzenia ich w wodę oraz wpływ na zmniejszenie się tegoż po doprowadzeniu wody z państwowego wodociągu w Maczkach i po wszczęciu energicznej akcji w odkażaniu istniejących studzien i wodociągu z szybów kopalni „Renard".

Nad wszystkiemi referatami rozwijała się żywa dyskusja, świadcząca najlepiej o zainteresowaniu, jakie sprawy te wzbudzają u lekarzy. Po skończonych obradach, uczestnicy Zjazdu zwiedzili najważniejsze instytucje sanitarne w Sosnowcu, więc Centralny Szpital Ubezpieczalni Społecznej, Miejski Ośrodek Zdrowia oraz Miejską Pracownię Bakterjologiczną z Zakładem Badania Środków Spożywczych i Przedmiotów Użytku, Pawilon Gruźliczy, wybudowany przez Towarzystwo Przeciwgruźlicze w Sosnowcu, wreszcie filtry i stację pomp Państwowych Zakładów Wodociągowych w Maczkach.

WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.

Ruch w Towarzystwach Lekarskich i Zjazdy.

Dnia 30 stycznia 1936 odbyło się Walne Doroczne Zebranie Polskiego Towarzystwa Dermatologicznego, Oddział we Lwowie, na którem wybrano zarząd w następującym składzie: Przewodniczący: Dr. Henryk Mierzecki. Zastępca przewodniczącego: Dr. Stefan Łukasz Kwiatkowski. Sekretarz: Dr. Andrzej Harasimowicz. Skarbnik: Dr. Michał Świątkiewicz, jun. Członek Zarządu: Dr. Laura Füllenbaum. Komisja rewizyjna: Dr. Michał Salpeter, Dr. Klemens Kauczyński. Delegaci: Prof. Dr. Jan Lenartowicz, Dr. Henryk Mierzecki, Doc. Dr. Stanisław Ostrowski, Dr. Fryderyk Goldschlag. Zastępcy delegatów: Dr. Stefan Łukasz Kwiatkowski, Dr. Oskar Blatt, Dr. Tadeusz Chorążak.

IV posiedzenie naukowe Lwowskiego Towarzystwa Lekarskiego odbyło się dnia 14 lutego 1936. Porządek dzienny: 1. Kol. Ermich: a) Przypadek krwawienia z ciałka żółtego u 14-letniej chorej (demonstr.); b) Przypadek podsurowiczego wylewu krwawego trąbki prawej o niewyjaśnionej etjologji. 2. Kol. Fels: Mors et ars moriendi (Prelekcja).

III Międzynarodowy Kongres Patologji Porównawczej odbędzie się w czasie od 15—18 kwietnia b. r. w Atenach. Sekretarz generalny: *Doc. Dr. A. Codounis, Club Universitaire, 15, rue Hippocrate, Athènes (Grèce).*

Różne.

Z kraju.

Memorjał Związku Lekarzy Państwa Polskiego w sprawie analiz lekarskich. Związek Lekarzy Państwa Polskiego uważa za swój obowiązek w interesie Państwa, zdrowia publicznego i stanu lekarskiego ponownie zwrócić uwagę na położenie, w jakiem znajduje się analityka lekarska. Mimo alarmujących artykułów w czasopismach, podnoszących brak lekarzy-bakterjologów zarówno ze stanowiska wojskowego (patrz artykuł gen. Dr. Roupperta w „Lekarzu Wojskowym" r. 1934) jak i ogólno-epidemjologicznego (patrz artykuł Prof. Hirszfelda w „Lekarzu Polskim" r. 1934), nietylko nic się nie dzieje celem wypełnienia tej niebezpiecznej luki, ale przeciwnie rozporządzenia władz i stosunki zawodowe idą w tym kierunku, aby ją jeszcze powiększyć. Związek Lekarzy P. P. już kilkakrotnie udowadniał, że ilość lekarzy-bakterjologów tak długo nie wzrośnie, jak długo lekarze ci będą musieli walczyć z nieskrępowaną przez lekarską etykę zawodową konkurencją aptekarzy, przyrodników, chemików i różnych absolwentów dorywczych kursów, którym nadaje się koncesje na pracownie analityczne. Wytworzył się wy-

soce szkodliwy stan „fuszerki“ zawodowej, niebezpieczny dla zdrowia jednostek i ogółu. Chorzy powierzają badania lekarskie ludziom z medycyną nieobeznanym, lekarze zmuszeni są opierać rozpoznania choroby a nawet zarzadzenia sanitarne na orzeczeniach ludzi, nieznających wogóle doniosłości terminów i wyników, które wydają. Czy mamy jeszcze raz przypominać przypadek alarmu, podniesionego w miasteczku kresowem przez niedoważonego „specjalistę“ — przyrodnika, który rzekomo wykrył epidemję czerwonki, a komisji wysłanej nie mógł nawet okazać zdatnych pożywek? Lub wyniki takie, jak: „w środku pola widzenia znaleziono coś, jakby prątek Kocha“ albo „w preparacie z osadu treści żołądkowej znaleziono liczne nabłonki dolnych dróg moczowych..? Kto zliczy fałszywe „Widale“, wykonywane starą niezdatną zawiesiną, fałszywe odczyny serologiczne na kiłę, robione bez zrozumienia zasad i znaczenia tych prób. Każdy lekarz zna przykłady niewiarygodnej wprost ignorancji ze strony koncesjonowanych pracowni „lekarskich“ prowadzonych przez nielekarzy. Do tej ignorancji dołączają się swoiste metody konkurencyjne: składanie ofert lekarzom i zakładom leczniczym z cenami niemożliwemi przy sumiennej pracy. Obiecywanie prowizji, używanie pośredników, krzyczące reklamy i inne sposoby pracy zawodowej wypędzają wprost lekarza-analityka z jego specjalności. Osobną kolizję wywołują zabiegi lekarskie, jak wenepunkcja, sondowanie, cewnikowanie i t. d. Doszło do tego, że sprytny przyrodnik tłomaczy, iż u niego pacjent sam kłuje się, celem dostarczenia krwi! Związek Lekarzy Państwa Polskiego zwraca się wobec tego do Ministerstwa Opieki Społecznej, Ministerstwa Spraw Wojskowych, Izb Lekarskich, Państwowego Zakładu Higjeny, posłów i senatorów, lekarzy i wydziałów lekarskich z prośbą o rychłą i energiczną akcję w kierunku uporządkowania tego tak ważnego odcinka pracy lekarskiej pod hasłem: analityka lekarska jest częścią medycyny i winna pozostawać wyłącznie w ręku lekarzy. Nadawanie koncesyj nie-lekarzom na prowadzenie pracowni diagnostycznych winno ustać. Paragraf 2 b. Rozp. Minist. Op. Społ. z dnia 31. I. 1934 o wykonywaniu praktyki lekarskiej winien ulec zmianie w tym duchu, że samodzielne wykonywanie analiz lekarskich stanowi praktykę lekarską, a wyniki tych analiz są orzeczeniami lekarskiemi. Jedynie w roli podrzędnej, w roli asystentów technicznych mogą być dopuszczane do pomocy przy wykonywaniu analiz odpowiednio kwalifikowane osoby bez dyplomu lekarskiego, o ile pracują pod odpowiedzialnością i pod kierunkiem lekarza specjalisty. Za Zarząd Okręgu Lwowskiego Związku Lekarzy Państwa Polskiego: *Dr. Lesław Węgrzynowski*, Prezes. *Dr. Fryderyk Schnek*, Sekretarz.

Grupa lekarzy polskich na Śląsku rozpoczęła z dniem 1 stycznia r. b., jak już podaliśmy, wydawanie regjonalnego pisma lekarsko-społecznego p. n. „Gazeta Lekarska Śląska Polskiego“. W deklaracji ideowej, zamieszczonej w pierwszym zeszycie nowego pisma, czytamy co następuje: „Zeszyt niniejszy ma stanowić zaczątek pisma lekarskiego, narazie w postaci kwartalnika, poświęconego praktycznemu ujeciu tych zagadnień lekarskich, które są charakterystyczne dla pracy lekarskiej na Śląsku. Wzmożone zainteresowanie się w ostatnich czasach zagadnieniem chorób zawodowych, higjeny pracy, wypadków przy pracy i związanego z niemi orzecznictwa lekarskiego, znajduje obecnie swój wyraz w publikacjach głównie teoretycznych. Dla zapewnienia postępu w tych gałęziach wiedzy, nieodzowne jest sięgnięcie do źródeł doświadczeń praktycznych, któremi rozporządza lekarz śląski. Temu też w głównej mierze poświęcone ma być niniejsze pismo“. Doniosła inicjatywa lekarzy śląskich, która obrała sobie za cel swych dążeń uzdrowienie pracy robotnika polskiego na Śląsku, zasługuje na uznanie całej Polski. Redaktorami pisma są lekarze: Dr. Kubisz i Dr. Bincer. Wydawnictwu patronuje Wydział Zdrowia Śląskiego Urzędu Wojewódzkiego.

Szwajcarja.

Śmiertelność chorych na gruźlicę w Szwajcarji. W końcu ubiegłego stulecia umierało na gruźlicę w Szwajcarji 9.000 osób a procentowo 27 na 10.000 mieszkańców. W roku 1934 umierało 4.328 ludzi — co stanowi 10,4 na 10.000 mieszkańców. Szwajcarja posiada 28 sanatorjów ludowych z 2.835 łóżkami dla dorosłych i 1.110 łóżkami dla dzieci. 3.948 osób było leczonych w roku 1934 w przeciągu 4 tygodni. Wykonano 478 odm jednostronnych, 54 obustronnych, 77 przecięć zrostów, 120 frenikotomij, 14 alkoholowych zatruć przeponowego nerwu, 41 olejowych wlewań, 76 torakoplastyk. Czas leczenia wynosi od 200 dni do 29 — uzyskano 43% pełnej zdolności do pracy, 27% częściowej, 26% bez poprawy, 3.5% zmarło. Dzieci leczono przeciętnie w ciągu 206 dni, 1.866 dłużej niż 4 tygodnie, z tych 97% z dobrym wynikiem, 88.6% mogło uczęszczać do szkół.

Z. S. S. R.

W Leningradzie obchodzono 50-letnią rocznicę Towarzystwa Pedjatrycznego założonego w r. 1885 przez prof. Bystrowa. Z początku Tow. liczyło 25—100 członków, a obecnie 500. Leningrad posiada 6 szpitali dziecięcych, 7 klinik dziecięcych, 26 ośrodków i 2 instytuty.

Komisarjat Zdrowia Publicznego ustanowił przy Naukowej Radzie Lekarskiej Komitet Endokrynologiczny, który będzie rozpatrywał kwestje naukowe i praktyczne w endokrynologji, ustalał sposoby sporządzania, kontroli i używania przetworów organoterapeutycznych.

Komunikaty.

W kwartalniku „Klinika Oczna“, Z. IV z 31 grudnia 1935 r. ogłoszony jest następujący komunikat: Kurs dokształcający dla lekarzy okulistów urządzony przez Zarząd Główny Polskiego Towarzystwa Okulistycznego odbędzie się w Warszawie od 30 marca do 8 kwietnia 1936 r. Otwarcie kursu nastąpi w poniedziałek 30 marca o godz. 8 rano. Rozkład zajęć na kursie został ułożony w sposób następujący: Codziennie od godziny 8—9.30 pokazy i operacje w Klinice Ocznej Uniwersytetu J. P., w Instytucie Oftalmicznym i w Szpitalu na Czystem. Od godz. 10—12 codziennie wykład o lampie szczelinowej z praktycznemi ćwiczeniami dla wszystkich uczestników, podzielonych na grupy (prof. Lauber wraz z asystentami). W południe do godz. 14 i popołudniu od 16 do 19 wykłady teoretyczne wygłoszone przez następujących prelegentów: Prof. Lauber: Anatomja oka (3 godz.); Anatomja patologiczna oka (4 godz.); Pole widzenia i jego znaczenie (4 godz.); Patogeneza i leczenie jaskry (2 godz.): Okulary nowoczesne (1 godz.). Prof. Majewski: Zarazki jaglicy. Leczenie jaglicy (3 godz.). Prof. Kapuściński: Leczenie zapaleń rogówki (1 godz.); Choroby oczu a ogniska (focal infection) (1 godz.); Zapalenia jagodówki i ich leczenie (3 godz.); Leczenie gruźlicy oka (1 godz.). Prof. Melanowski: Proteino-hemoterapja (1 godz.); Badanie poczucia barw (3 godz.); Leczenie naświetlaniem promieniami pozafiołkowemi (1 godz.); Orzecznictwo okulistyczne (2 godz.). Prof. Abramowicz: Okulistyka urazowa (2 godz.); Ciśnienie tętnicze w siatkówce a medycyna wewnętrzna (3 godz.). Prof. Reis: Schorzenia przysadki z punktu widzenia okulistycznego (2 godz.). Prof. Grzybowski: Leczenie kiły (1 godz.). Doc. Dr. Grzędzielski: Tonometrja w okulistyce (1 godz.). Doc. Dr. Hrom: Endokrynologja i oko (1 godz.). Doc. Dr. Karwacki: Zarazki przesączalne (1 godz.). Doc. Dr. Sobański: Ciśnienie naczyniowe w siatkówce a układ nerwowy (1 godz.). Doc. Dr. Sterling: Zmiany dna oka w organicznych chorobach układu nerwowego (1 godz.). Doc. Dr. Zawadowski: Leczenie Roentgenem chorób ocznych (1 godz.). Dyr. Łukaszczyk: Leczenie radem (1 godz.) Dr. Zamenhof: Patogeneza i terapja odklejeń siatkówki (3 godz.). Dr. Wilczek: Diagnostyka i terapja skurczów naczyniowych w siatkówce (1 godz.), ponadto: Rynologja a okulistyka. Serologja i oko (prelegenci nie wymienieni). Wysokość opłaty za kurs nie przekroczy przypuszczalnie 60 zł. Tanie mieszkanie i utrzymanie w Domu Akademickim. Wszelkich informacyj udziela i zapisy przyjmuje Komitet organizacyjny kursu w osobach prof. J. Laubera i Doc. J. Sobańskiego, Warszawa, Klinika Oczna Uniwersytetu J. P., ul. Lindleya 4.

Redakcja otrzymała:

R. Monier-Vinard: Neurologie. Wyd. Masson et Cie, Paryż 1935.

Questions cliniques d'actualité (praca zbiorowa). Wyd. Masson et Cie. Paryż 1935.

J. Paraf: L'immunité au cours de la tuberculose. Wyd. Masson et Cie, Paryż 1936.

Adres Redakcji i Administracji: Lwów, ul. Rutowskiego 9.